

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

VII^e CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

(Bordeaux 1-4 août 1904).

DISCOURS D'OUVERTURE, PRONONCE
PAR LE P^r MOURE, PRÉSIDENT DU CONGRÈS.

MESSIEURS

Au nom des otologistes français et de la ville de Bordeaux, votre président doit, tout d'abord, remplir l'agréable devoir de souhaiter aux médecins étrangers aujourd'hui présents parmi nous, la plus cordiale bienvenue.

Je suis fier de les saluer, entouré de M. le Maire de la ville de Bordeaux, du doyen et de plusieurs membres de notre Faculté de Médecine.

La présence de ces hautes autorités vous permet de constater le vif et le puissant intérêt que chez nous, ville et université portent avec raison aux progrès de la science otologique.

Notre chère et belle cité a tenu à se distinguer pour les recevoir, heureuse d'avoir été choisie pour siège du VII^e Congrès international et d'ajouter ce fleuron scientifique à sa couronne commerciale.

Cet honneur, elle le doit à sa Faculté, qui a reçu ainsi, je le crois, la juste récompense d'avoir la première, en France, mis en lumière l'importance de notre science par la consécration de son enseignement officiel.

Pourquoi faut-il hélas ! sur tant de sujets de joie jeter un voile de deuil ? Et cependant, puis-je me dérober au devoir de déplorer les pertes cruelles que nous avons faites depuis notre dernière réunion, et d'adresser l'expression émue de nos re-

grets à tous ceux de nos collègues, qu'inexorable, à l'affection de leur famille, à l'estime de leurs confrères, aux intérêts de la science, la mort aveugle nous a ravis ?

Charles Delstanche ne nous présidera plus ; son caractère élevé et son affabilité sans bornes ne vivront plus que dans notre souvenir. Né à Bruxelles en 1840, il avait fait à Bologne ses premières études, et la belle Italie semblait avoir imprégné son esprit de cet enthousiasme et de cette vivacité primesautière qui, avec l'ardeur au travail, l'ont placé au rang des maîtres de l'otologie moderne.

Il fut, en effet, lauréat du prix Lenval, que le jury du dernier Congrès, tenu à Londres lui décerna à l'unanimité, tant était juste cette récompense des nombreux et ingénieux instruments qu'il avait imaginés.

Qui ne sait encore qu'il fut le promoteur du massage du tympan par la raréfaction et la condensation de l'air du conduit, et qui ne connaît son simple et ingénieux procédé d'extraction du marteau et de l'enclume, et tant d'autres méthodes thérapeutiques bien personnelles ?

Enfin, Delstanche fonda la « Société Belge d'Otologie et de Laryngologie ».

Certes, ce sont là des titres suffisants pour affirmer que l'œuvre de Delstanche fut considérable ; et, quand j'aurai rappelé la modestie qui rehaussait son grand talent, la sympathie qu'inspirait son caractère et que lui témoignèrent à maintes reprises ses collègues, la plupart formés à son enseignement, j'aurai montré que la mémoire de ce maître doit être assez fortement gravée dans les annales de notre spécialité pour y demeurer impérissable.

Plus âgé que Delstanche, puisqu'il naquit en Bohême le 4 août 1827, José Grüber fut, avec notre célèbre et sympathique collègue le professeur Politzer, toujours fidèle à nos rendez-vous scientifiques, une illustration de l'école de Vienne. Pendant plus de trente ans, il y professa l'enseignement des maladies de l'oreille. Privatdocent en 1863, il publiait dès 1867, un travail sur l'anatomie de la physiologie du tympan et des osselets, quelques années après reproduit par Helmholtz. En collaboration avec Schrötter, Rudingen, Voltolini et

Weber-Liel, il fonda la *Monatsschrift für Ohrenheilkunde* qui n'a jamais cessé de paraître.

Professeur extraordinaire en 1870, professeur d'otologie à l'hôpital général de Vienne en 1873, il publia en 1888 un *Traité des maladies de l'oreille* qui fut traduit en anglais et devint le guide précieux de nombreuses générations d'étudiants.

Tels sont les titres de Grüber et les étapes de sa brillante et laborieuse carrière. Il ne rechercha pas la popularité ; son aspect était froid et son abord sévère, cependant élèves et malades s'accordent à vanter sa charité, sa douceur et sa patience, et leur reconnaissance ne lui a jamais fait défaut.

L'Allemagne a perdu Trautmann. Il sut prélever sur ses occupations publiques de médecin militaire le temps nécessaire pour des recherches scientifiques de choix. A ce titre, nous lui devons surtout un Atlas chirurgical de l'oreille et un autre sur l'hypertrophie de la tonsille pharyngienne. La renommée attachée à ses travaux lui valut à plusieurs reprises d'être consulté par l'empereur Guillaume II ; il en était l'auteur.

Schwendt et Secrétan, deux membres de notre comité international suisse, ont également disparu.

Schwendt est encore présent à l'esprit de tous ceux qui assistèrent au Congrès de Paris en 1900. Ils se rappellent les communications sur l'enseignement des sourds-muets et sur l'acoustique, par lesquelles se signala notre collègue encore plein de vie et d'ardeur. Peu de temps après, il m'écrivait pour me promettre des communications d'égale importance pour notre Congrès de Bordeaux. Donnons à sa mémoire les applaudissements que lui auraient valu ses travaux.

Bien remplie fut la carrière de Secrétan. Fils d'un pasteur de Beix, il alla à la clinique générale de Vienne recevoir les doctes leçons de Grüber et de Politzer. A son retour, le conseil d'Etat suisse lui confia la direction d'un service de médecine à l'hôpital de Lausanne. La durée de ses fonctions ne pouvait excéder huit années ; mais pour ne pas se priver d'un tel collaborateur, on créa pour lui un service des maladies de l'oreille et du larynx, dont il conserva la direction jusqu'à sa

mort. Il fonda entre temps et avec le concours de divers collègues la « Société suisse d'oto-laryngologie ». Nommé professeur extraordinaire, il devint aussi administrateur de l'importante station climatérique de Leyzin, où il fit preuve de qualités pratiques égales aux dons scientifiques dont la nature l'avait généreusement doté. C'est le 5 mai 1902, qu'il fut ravi à l'estime de tous.

Notre Comité international a éprouvé encore une autre perte : c'est Daly, de Pittsburg. Nous l'avions vu au Congrès de Florence, et les congressistes n'ont point oublié ses aperçus originaux sur la fièvre des foin et les coryzas spasmodiques, sujets qui lui étaient favoris. Les amis de Daly, c'est-à-dire ses nombreux clients et tous ses collègues, pleurent la mort inopinée de cet aimable et savant médecin.

Le D^r José Roquer y Cazadesus clôt la trop longue série de deuils qui ont frappé nos collègues étrangers.

Espagnol, Roquer y Cazadesus aimait et sentait les arts comme un Italien ; sa douce nature était éprise de musique ; il s'y adonnait passionnément ; elle le détourna de la science, sans toutefois le lui enlever complètement. En 1885, en effet, nous le voyons fonder, avec son confrère Suñe y Molist, la *Revista de Laringologia, Rinologia y Otologia* ; il y publia de nombreux travaux intéressants, et, d'ailleurs, on peut dire de Cazadesus, enlevé à quarante-huit ans à l'affection des siens, qu'il n'avait pas encore donné sa mesure.

Bien lourd aussi, Messieurs, est le tribut payé par notre pays au destin inéluctable.

Ce sont Gouguenheim, laryngologiste de marque, Joncherey, d'Angers, miné par un mal implacable, Ladreit de Lacharrière et Miot.

Longtemps médecin chef de l'Institution des Sourds-Muets de Paris, Ladreit de Lacharrière fonda, avec Isambert et Krishaber, en 1875, les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* ; il y fit paraître, durant plusieurs années, nombre d'articles de grande valeur. L'âge venu, Ladreit de Lacharrière s'était un peu retiré sous sa tente suivant nos travaux sans s'y mêler, se contentant de la belle part qu'il avait su se faire dans notre science, mais n'ayant rien perdu des qualités

de douceur et d'aménité qui rendaient son commerce si agréable.

Avec Miot, disparaît un des maîtres de l'otologie moderne. La seconde moitié du siècle dernier a vu, en effet, paraître une série de mémoires qui feront époque dans nos annales. Chercheur infatigable, opérateur minutieux. Miot apportait à la discussion de ses méthodes son esprit de clarté et de précision. Sévère d'aspect, il n'en était pas moins d'une bonté parfaite; je tiens à le proclamer en reconnaissance de celui qui fut un de mes premiers maîtres, plus tard mon ami sincère et dévoué. Il a vu venir la mort avec cette simplicité courageuse qui avait caractérisé toute sa vie. Puisse l'immense douleur que sa mort a causée apporter quelque adoucissement à l'inconsolable affliction de la noble compagne de sa vie.

Mais si les hommes disparaissent, l'œuvre reste et les espérances de l'avenir doivent nous reconforter. Qui ne se sentirait plein de confiance dans cet avenir en jetant un rapide coup d'œil sur le chemin déjà parcouru dans notre beau pays de France par notre chère otologie ! Et, quels exemples que ceux de nos devanciers qui, malgré leurs méthodes défectueuses, leurs moyens d'investigation rudimentaires, suppléant à tout par l'esprit d'attentive observation, l'expérience pratique et la ténacité des efforts, au milieu de l'indifférence générale, souvent même sous les risées hostiles, ont jeté les fondations solides de notre art.

L'histoire de l'otologie française est instructive et peu connue ; elle date seulement de 1683, année où Duverney publia un *Traité des Organes de l'ouïe* ; il y décrivait la structure de l'oreille et les maladies de cet organe. Des planches accompagnaient cet ouvrage ; elles sont remarquables et montrent l'esprit de minutieuse attention dont l'auteur fait preuve, dans l'étude de cet organe délicat et de connaissance si difficile.

Ce n'est qu'un siècle plus tard, en 1786, que paraît un autre *Traité des maladies des oreilles* ; on y trouve, il est vrai, le cumul des maladies des yeux et l'auteur, un abbé, Desmonceaux, s'occupe surtout de la sécheresse et de l'humidité du tympan. Desmonceaux insiste aussi sur le rôle des trompes d'Eustache ; de plus, il imagine des modèles de cornets acous-

tiques. Ces cornets ont été depuis, maintes fois reproduits, décorés de noms pompeux, de titres alléchants, seul le nom de l'auteur était oublié ; d'autres que l'Amérique ont eu leur Vespuce.

Entre temps, Guyot, fameux maître de postes de Versailles, avait, en 1724, imaginé le cathétérisme de la trompe. C'est lui qui présenta à l'Académie de médecine l'instrument, depuis, il est vrai bien amélioré, qui devait amener dans la thérapeutique des maladies de l'oreille une véritable révolution. Cependant, à une époque où la cocaïne était inconnue, le cathétérisme buccal était d'une exécution difficile. L'esprit pratique d'un chirurgien anglais, Cleland, y substitua, en 1741, le cathétérisme nasal.

Nous étions déjà entrés dans le siècle dernier lorsque Anton. Saissy, médecin lyonnais, présenta en 1814, à la Société de médecine de Bordeaux, un ouvrage *Sur les maladies de l'intérieur de l'oreille*.

Il n'était que juste de citer les noms, un peu oubliés aujourd'hui, de ces premiers pionniers, qui ont tenu en quelque sorte l'otologie sur le berceau et guidé ses premiers pas. Après eux s'ouvre une ère nouvelle ; désormais la science est née et son allure va révéler la vraie déesse.

En 1821 paraît l'important ouvrage d'Itard. C'est là le fruit de vingt ans d'expériences et de recherches patientes faites sur un terrain des plus favorables, l'Institution des Sourds-Muets de Paris. Son retentissement fut grand en Angleterre et en Allemagne ; il révéla la science otologique à ces deux pays où elle était encore dans les limbes.

Puis Deleau et Blanchet succèdent bientôt à Itard.

Deleau publie, en 1838, son *Traité du cathétérisme de la trompe d'Eustache*, et ses études éclairent les affections tubaires, le cathétérisme et le bougirage de la trompe.

Blanchet, en 1848, fait paraître son ouvrage *Sur les maladies de l'oreille interne, les perforations du tympan et ses moyens curatifs*. Puis il communique à l'Académie ses ingénieuses études renouvelées d'Itard et habilement variées sur la gymnastique auditive et vocale afin de développer l'ouïe et la voix chez les sourds-muets.

A la suite de missions qui lui furent confiées dans les pays étrangers, Blanchet, élargissant encore sa méthode, veut grouper les sourds-muets, les faire vivre de la vie commune et désormais parler entre eux, au lieu de les condamner à l'isolement cruel et stérile d'autrefois.

Citons encore Triquet et Hubert Valleroux dans cette brillante pléiade d'hommes qui, vers 1850, avaient le courage, rare alors chez les médecins, de braver l'injuste discrédit qui frappait l'otologiste.

Les hommes qui suivent nous précèdent de bien peu, certains viennent à peine de disparaître et il devient délicat de porter sur eux et sur leur œuvre un jugement impartial et définitif. C'est d'abord Bonnafon, et le traité qu'il publia, en 1860, sur les *Maladies de l'oreille* ; c'est Ménière père, et son étude sur la maladie et le syndrome qui portent justement son nom. C'est R. Calmette, brusquement enlevé à la Science avant d'avoir réalisé les grandes espérances qu'il faisait concevoir ; mais il ne mourait pas tout entier, il laissait des successeurs dignes de lui et qui devaient aller loin dans la voie par lui si brillamment tracée.

Un nom m'a échappé au cours de cette énumération déjà longue, mais vous l'avez tous prononcé, c'est celui d'un homme qui appartient à cette génération aujourd'hui disparue, mais qui, heureusement pour ses amis, plus heureusement encore pour notre Science, vit toujours et travaille avec nous, c'est le D^r Gellé père, à qui la physiologie de l'oreille doit de si nombreux et si importants travaux. Je tiens à le proclamer, sans souci des résistances de sa modestie, il est le trait d'union entre nous et cette grande génération des auristes qui ont mis hors de pair et illustré toute notre spécialité dans la seconde moitié du XIX^e siècle. Et je suis personnellement heureux de lui souhaiter, au nom de tous, longue vie et fécond travail.

Je m'arrête, Messieurs, car désormais il me faudrait parler des contemporains, et pour cela, vous le savez, le recul du temps est nécessaire ; ce sera l'œuvre de la postérité ; mais je suis sûr que, pour nous, elle ne sera pas sévère sans cesser d'être juste, car si je ne peux parler des hommes, je peux au

moins citer les faits. Or, jamais plus merveilleuse transformation s'est-elle opérée dans une science que dans l'otologie, au cours de ces quinze dernières années ? La chirurgie en a été la bonne fée. Faut-il rappeler la myringotomie, la ténotomie du muscle tenseur du marteau, la synéchetomie, l'ablation même des osselets et le curetage de la caisse, toutes opérations redoutables il y a quelques années, devenues banales aujourd'hui. Faut-il citer encore l'antrotomie, la cure radicale obtenue par des procédés variés, pour arrêter les suppurations des oreilles et conjurer les graves complications de ces écoulements intempestifs ?

Superbe édifice, en vérité, où chacun de vous est venu apporter sa pierre, édifice international commun à tous les hommes pour qui la science et l'humanité sont la même patrie.

Mais le progrès ne connaît pas de repos : *Vires acquirit eundo* est la devise de notre science. Aujourd'hui, nous pénétrons au delà de la caisse du tympan et allons chercher et forcer le mal jusque dans les replis de l'oreille interne. En vain cherche-t-il à se cacher dans ce labyrinthe compliqué où il veut défier nos efforts, l'otologie l'en chasse ; poussant même au delà, elle étudie les complications endocraniennes consécutives aux suppurations de l'oreille, les reconnaît et cherche à les guérir par ses méthodes thérapeutiques. Et cette jeune roturière, hier encore méprisée, va jusqu'à régenter une des parties les plus aristocratiques de notre organisme, le cerveau.

Trois rapports importants vont vous être soumis et vous apporterez à leur discussion, après les avoir entendus, le concours précieux de vos recherches personnelles.

Dans le premier, on vous demandera de vous mettre d'accord sur le choix d'une formule acoumétrique simple et pratique qui permettra à tous les otologistes du monde d'adopter une notation uniforme que tous nous puissions comprendre sans que nous ayons à préjuger des acoumètres employés pour arriver au résultat cherché. Ce que l'on vous demandera surtout, c'est de décider à quelles expériences il faut avoir recours pour faire le diagnostic d'une affection plus ou moins

compliquée de l'oreille en général. S'il y a des cas qui échappent à cette règle, et il en existe toujours en médecine, MM. Politzer, Gradenigo et Delsaux vous diront quelles méthodes d'examen complémentaire vous devez suivre pour élucider ces problèmes délicats et difficiles. Vous connaissez assez la compétence des trois rapporteurs de cette question pour comprendre la valeur pratique d'un travail signé de ces trois noms.

Le second posera la question des suppurations labyrinthiques et nous aidera à mettre au point ce problème important et tout d'actualité. Vos trois rapporteurs, MM. Brieger, von Stein et Dundas Grant, y ont apporté toute la compétence et l'expérience qu'ils ont sur ce sujet à la fois si complexe, si obscur et si neuf.

Enfin, vous entendrez un rapport des plus documentés de MM. Knapp, Schmiegelow et Ricardo Botey, sur la question si difficile des abcès otogènes.

II

DE LA NÉCESSITÉ DE L'ENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE DE L'OTOLOGIE DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE

Par le Professeur **A. POLITZER** ⁽¹⁾.

Si j'aborde aujourd'hui ce sujet devant cette éminente assemblée, composée des principaux représentants de la science otologique de tous les pays, ce n'est pas, il s'en faut, que j'aie la prétention de vous démontrer que l'enseignement officiel de l'otologie dans les facultés de médecine est d'une nécessité absolue pour les praticiens. Une telle démonstration me paraît, en effet, superflue devant une réunion, dont tous les membres appartiennent à notre science spéciale.

Toutefois, l'exposé de ce thème me semble précisément important dans un congrès international d'otologie, parce que le vote affirmatif d'un tel congrès ne peut pas être négligé par les autorités, chargées de diriger l'enseignement dans les facultés de médecine.

La demande de l'enseignement obligatoire de l'otologie dans les dites facultés n'est pas chose nouvelle. Dès l'année 1879, v. Tröltsch adressa à la Chancellerie allemande un memorandum, dans lequel il démontrait, par des arguments convaincants, que l'otologie doit occuper le même rang que les autres branches de la médecine, et qu'il était absolument nécessaire que chaque praticien soit capable jusqu'à un certain degré de traiter les maladies de l'oreille ; en conséquence, les étudiants doi-

⁽¹⁾ Discours prononcé à la séance d'ouverture du VII^e Congrès international d'Otologie (Bordeaux 1-4 août 1904).

vent être soumis, à la fin de leurs études, à un examen spécial sur l'otologie.

Cette proposition est restée sans résultat, et on n'a fait depuis 1879 aucun effort pour réaliser cette idée.

En m'appuyant sur les fâcheuses expériences constatées dans la pratique générale, je m'efforcerai de démontrer le tort causé à la société par l'absence de l'enseignement de l'otologie au programme des études officielles des facultés de médecine, et la nécessité absolue, au point de vue social, de la connaissance de l'otologie par tous les médecins.

Il est, certes, inutile d'insister longuement sur le rôle important rempli par l'organe auditif dans l'existence ; il est inutile de rappeler que la perte partielle ou totale de l'ouïe peut briser la carrière d'une personne et priver celle-ci à tout jamais des jouissances de la vie sociale.

Lorsque nous nous demandons si cette infirmité est la conséquence inéluctable de lésions pathologiques de l'oreille, nous sommes obligés, dans un grand nombre de cas, de répondre par la négative.

En effet, la pratique a démontré à l'évidence que, dans un grand nombre de cas, les troubles de l'ouïe, causés par des processus adhésifs catarrhaux de l'oreille moyenne, peuvent être évités par un traitement institué en temps utile, traitement simple à la portée de tous les médecins, et qui ne nécessitent pas l'intervention du spécialiste.

Des faits plus graves encore consistent à négliger ou à mal soigner les suppurations si fréquentes de l'oreille moyenne, soit aiguës, soit chroniques, qui peuvent déterminer l'ulcération, la carie et la nécrose du temporal, et des complications dont les suites peuvent être mortelles.

Puisque la statistique a prouvé que la plus grande part des méningites, des abcès cérébraux et des phlébites des sinus ont une origine otique, il nous reste à élucider si ces complications mortelles sont inévitables ou si elles ne pourraient pas être réduites au minimum par une thérapeutique instituée au début.

On peut sans doute répondre affirmativement à cette question, grâce à l'antisepsie dans l'application du traitement des suppurations de l'oreille moyenne ; les complications graves

des otites étant dues à la stagnation et à la décomposition septique de la sécrétion de l'oreille moyenne, il est facile d'enrayer le mal à tout médecin initié aux procédés les plus simples d'examen et de traitement de l'oreille.

On est épouvanté par le chiffre de décès occasionnés dans la province par les affections otiques au cours des épidémies violentes d'influenza.

Ici, on voit se former des abcès mastoïdiens qui, s'ils ne sont pas opérés et ouverts à temps, finissent mortellement par des complications cérébrales, tandis que le malade aurait été sauvé par l'ouverture de l'abcès, qui pouvait être aisément pratiquée par un praticien quelconque.

Dans ces circonstances est-il donc admissible que l'otologie soit considérée comme tenant un rang inférieur à celui d'autres spécialités, telles que la dermatologie et l'ophtalmologie ? Nullement ; au contraire, nous voudrions lui assigner une place privilégiée à côté de certaines branches obligatoires, attendu que ces dernières, dans la plupart des cas, ne provoquent que des manifestations fonctionnelles, tandis que beaucoup de maladies d'oreilles mettent la vie du malade en danger.

Or, peut-on reprocher au médecin qui aura quitté la faculté après de brillantes études, d'être incapable de soigner les formes les plus banales d'affections auriculaires ?

Certes non, puisque l'otologie ne figure pas au programme officiel de ces études.

Nous touchons ici au point culminant de notre sujet, et il nous faut envisager d'abord l'état actuel de l'enseignement otologique dans les universités européennes et transatlantiques, et nous demander s'il suffit à son but humanitaire.

Il ne faut pas remonter à plus d'une cinquantaine d'années pour constater qu'il ne fut aucunement question de l'otologie dans les universités.

C'était une spécialité à peu près ignorée au milieu du XIX^e siècle lorsque d'autres branches de l'art médical s'étaient déjà créé une place à part. Ce fut seulement à la suite des recherches anatomo-pathologiques de Rokitsansky et de Cruveilhier, que Toynbee se fit remarquer par ses dissections de

l'organe de l'ouïe. Ces recherches ont eu pour conséquences une vive activité scientifique dans l'otologie, grâce à une petite phalange d'hommes enthousiastes de cette spécialité, qui en un temps relativement court réussirent à débarrasser l'otologie de l'empirisme, à l'organiser en une science autonome et à la placer au même rang que les autres branches spéciales de l'art médical.

En un laps de temps relativement court, l'otologie moderne a conquis une telle importance que plusieurs facultés de médecine, en Autriche, en Allemagne et en Italie, ont été obligées d'admettre l'otologie au nombre des disciplines cliniques.

Toutefois, au début, on se contenta de nommer des agrégés à la Faculté, chargés d'enseigner l'otologie dans les consultations externes.

Pour commencer, ce mode d'enseignement sembla suffisant.

Ce fut seulement après une expérience de plus de dix années, que l'on réclama aux gouvernements l'établissement de cliniques otologiques fixes, en s'appuyant sur l'insuffisance de l'observation des malades non hospitalisés. Mais c'est surtout le développement rapide de la chirurgie auriculaire, nécessitant une asepsie opératoire rigoureuse et des locaux appropriés, qui hâta l'établissement des cliniques otologiques.

Au point de vue historique, je fais remarquer que c'est à l'Université de Vienne que fut installée pour la première fois dans le monde entier, en 1873, une clinique otologique. On reconnut si bien la valeur de cet enseignement, que de là partit l'impulsion de la fondation de cliniques hospitalières dans d'autres pays de l'Europe.

En dépit de l'élan imprimé depuis cette époque à la science otologique tant en Europe que de l'autre côté de l'Océan, et malgré que cette spécialité ait attiré nombre d'adeptes enthousiastes, qui, au point de vue scientifique et pratique, ont amené l'otologie à un niveau égal à celui des autres spécialités, nous voyons avec regret que depuis trente ans elle n'a obtenu, dans certains pays, qu'une situation précaire dans les Universités.

Le temps limité de notre Congrès ne me permet pas de

m'étendre avec détails sur l'état actuel de l'otologie dans les différents pays de l'Europe. Ce que je me bornerai à établir ici, c'est qu'il y existe de nombreuses divergences dans l'organisation des établissements universitaires otologiques.

Tandis que, dans certains pays, cette science a conquis dans les universités une position à peu près équivalente à celle des autres branches de la médecine, il en est d'autres où le gouvernement ne subventionne aucune clinique et où l'enseignement officiel de l'otologie fait totalement défaut.

Mais là même où existent des cliniques otologiques bien organisées, les étudiants ont peu mis à profit l'enseignement otologique. J'attribue ce fait à l'ignorance des élèves au sujet de ce qui pourra leur servir dans la pratique.

Une fois établi, le jeune docteur s'aperçoit trop tard de la lacune existant au point de vue de ses connaissances otologiques, et voit combien il lui est difficile de la combler, les praticiens de province ayant rarement assez de liberté pour s'absenter un laps de temps suffisant au complément de leurs études.

Au cours de ces dernières années, en Autriche, en Allemagne et en Espagne, tout étudiant est tenu de suivre un cours d'otologie pratique, sans être obligé pour cela de subir un examen d'otologie. Bien qu'il constitue un progrès, ce règlement n'est qu'une demi-mesure; seul des étudiants peu nombreux profiteront de l'enseignement otologique; la plupart, sachant qu'ils ne seront pas examinés sur cette matière, se feront inscrire au cours, mais n'y paraîtront jamais.

Pour écarter l'otologie du programme des examens, on a invoqué comme prétexte que les étudiants étaient surchargés de besogne et qu'on ne pouvait leur imposer l'étude d'une nouvelle spécialité.

Je crois, au contraire, que, sans nuire à l'instruction des élèves, on pourrait développer davantage le côté pratique des connaissances académiques requises, à condition, bien entendu, que les branches purement théoriques fussent rayées, au moins en partie, des programmes d'études, attendu qu'elles fatiguent inutilement le cerveau de l'élève et ne lui seront jamais d'aucune utilité scientifique ou pratique au cours de sa carrière.

Il ne saurait être question de surmenage en imposant aux élèves l'étude de l'otologie. La tâche du professeur consisterait à enseigner, d'une part, les notions nécessaires aux étudiants qui s'adonnent à la pratique générale, et, d'autre part, à faire l'éducation des spécialistes.

L'élève qui se destine à l'exercice de la médecine générale ne doit pas être surchargé des détails minutieux qui sont indispensables au spécialiste et qu'il n'aurait jamais l'occasion de mettre en pratique.

Mais ce que nous avons le droit de réclamer de l'État dans l'intérêt de la santé publique, c'est la mise à la portée de tous les médecins des moyens de pouvoir diagnostiquer les formes simples d'affections auriculaires que l'on rencontre dans la pratique courante.

De même qu'on est tenu de savoir traiter rationnellement une conjonctivite, on doit être capable aussi de soigner un catarrhe de l'oreille moyenne ou une suppuration auriculaire.

J'arrive au terme de ma conférence et je crois avoir suffisamment démontré que le devoir des États consiste non seulement à fonder dans chaque Faculté de médecine une chaire avec une Clinique otologique fixe, mais encore à incorporer l'otologie au nombre des matières exigibles aux examens de médecine, afin de mettre cette spécialité à la portée de tous les praticiens.

Ce serait d'une importance capitale au point de vue social. La réalisation de cette idée est d'une nécessité absolue et devra se produire tôt ou tard, à l'époque où tous ceux qui président à l'enseignement médical universitaire auront acquis la conviction que l'otologie doit être considérée, au point de vue pratique, comme aussi importante que les autres branches de la médecine.

C'est pour donner corps à cette idée que j'ai pris la parole devant vous et je serais heureux si, en présence de cette illustre assemblée, j'avais réussi à la mettre en évidence au bénéfice du progrès de la médecine moderne et dans l'intérêt général de l'humanité.

III

SUR UN SYNDROME PARTICULIER DE COMPLICATIONS ENDOCRANIENNES OTITIQUES PARALYSIE DE L'ABDUCTEUR D'ORIGINE OTITIQUE

Par le Prof. **GRADENIGO** (Turin) ⁽¹⁾.

Il existe un syndrome morbide particulier constitué exclusivement par l'association d'une otite moyenne aiguë (avec ou sans suppuration externe, avec ou sans réaction mastoïdienne) et d'une paralysie ou parésie isolée, du nerf abducteur du côté correspondant à l'oreille malade, sans aucun autre symptôme morbide général ou local, en dehors de l'existence des douleurs assez intenses et extraordinairement persistantes localisées non comme d'habitude à la région mastoïdienne mais à la région temporale et pariétale du même côté.

J'ai eu l'occasion d'appeler l'attention sur ce syndrome morbide particulier dans les séances des 29 janvier, 22 avril et 17 juin 1904 à l'Académie royale de médecine de Turin, en trois notes successives dans lesquelles j'exposais neuf cas typiques, parmi lesquels six personnels. J'ai pu rencontrer dispersés dans la littérature otologique peu d'autres cas qui correspondent parfaitement au syndrome par moi décrit ; il est probable que les cas de ce genre ne sont pas tout à fait aussi rares que semblerait le démontrer la pénurie de la littérature et que jusqu'à ce jour ils n'ont pas été l'objet de publication à cause de leur bénignité. Ce qui me confirme dans cette supposition c'est que depuis que j'ai appelé l'attention sur ce syndrome, trois agrégés d'otologie, italiens, m'ont communiqué

⁽¹⁾ Communication au Congrès international d'Otologie, Bordeaux, 1-4 août 1904.

d'avoir observé chacun un cas, et furent assez aimables pour me faire parvenir l'histoire clinique de leur cas respectif, qui vient d'être publiée avec les détails nécessaires dans les *Archives italiennes d'otologie et de laryngologie*, mai 1904. Quatre autres cas furent communiqués, ce qui confirme qu'il s'agit ici d'un syndrome bien défini et qui ne doit pas être très rare.

Tandis que, comme on sait, on trouve fréquemment dans la littérature des paralysies des divers muscles de l'œil associées ou non à de la névrite optique, dans les complications endocrâniennes des otites, et particulièrement dans la méningite purulente, très rares sont, comme nous l'avons vu, les observations de paralysies limitées au seul droit externe sans symptômes manifestes de méningite. Parmi les cas de cette dernière catégorie décrits dans la littérature, quelques-uns rentrent parfaitement dans le cadre clinique aujourd'hui tracé par moi, bien que les auteurs respectifs les aient interprétés d'une manière différente, conformément à la signification attribuée par eux à quelques symptômes ; d'autres cas offrent, comme symptômes de complication, une névrite optique, papillite de stase, le plus souvent bilatérale ; on a en outre enregistré d'autres cas spéciaux dans lesquels la paralysie de l'abducteur fait partie d'un cadre clinique complet et pour cette raison ces paralysies ne rentrent pas dans la forme morbide que nous prenons en considération aujourd'hui.

Parmi les cas qui présentent le type clinique aujourd'hui décrit nous rappellerons les suivants.

OBSERVATION I

SPIRA (*Archiv. für Ohrenheilkunde*, 1896, xli, pag. 123.)

Homme âgé de 73 ans, affligé d'une otite catarrhale chronique. En mars, à la suite de l'influenza, il est frappé d'une otite moyenne aiguë gauche, avec douleurs correspondantes de la tête et du cou. Au bout de quelques jours, paracentèse du tympan, exsudation purulente qui cessa peu de temps après avec fermeture de la per-

foration. Il y eut alors des symptômes transitoires de réaction mastoïdienne. Phénomènes de furunculoses du conduit auditif externe. A la suite d'un traumatisme accidentel, l'otite purulente récidiva, des douleurs très intenses, pariéto-temporales et occipitales apparurent, elles furent attribuées par l'auteur à la névralgie du trijumeau. Les calmants et les applications galvaniques restèrent sans effet sur les douleurs; au contraire, après la seconde séance de galvanisation se déclare une diplopie due à la paralysie de l'abducteur gauche. Fond de l'œil normal. En juillet et août, il y eut des symptômes manifestes de réaction mastoïdienne. Le 8 septembre, on procéda à un acte opératoire sur la mastoïde. Du pus abondant sortit de la profondeur de la brèche osseuse, venant probablement, dit l'auteur, de la fosse crânienne postérieure. Après l'opération, guérison complète de tous les symptômes. L'auteur, après avoir repoussé l'hypothèse d'une lésion osseuse profonde, qui aurait causé la paralysie de l'abducteur, admet au contraire une névrite de ce nerf sous une influence indépendante de la lésion mastoïdienne.

OBSERVATION II

K. PISCHEL (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, XL, pag. 273.)

Patient de 34 ans. Otite aiguë bilatérale; à droite, perforation spontanée; à gauche, paracentèse du tympan, il semble qu'il existait auparavant une otite catarrhale chronique. Au bout de quatre mois réapparurent des douleurs à l'oreille droite. Fischel, paracentèse le cinquième jour; le septième phénomènes de réaction mastoïdienne, le neuvième paralysie de l'abducteur droit. Il existe seulement une hyperémie veineuse du fond de l'œil. Opération sur la mastoïde. L'antre contient du pus; ouverture de la fosse crânienne médiane au-dessus de l'antre avec résultat négatif. Trente et un jours après, par suite de la persistance de la fièvre, nouvelle intervention sur la mastoïde, on trouve les cellules osseuses hyperémisées. On met à nu le sinus sigmoïde; pendant le curettage, forte hémorrhagie. Après l'opération, cessation de la fièvre. Les troubles oculaires ont disparu graduellement. Guérison.

OBSERVATION III

D'AJUTOLO (VI^e Congrès de la Société Italienne de laryngologie et d'otologie. *Archives Italiennes d'otologie*, ecc. xiv, pag. 210.)

Paysan âgé de 26 ans. Otite et mastoïdite aiguë. Le trentième jour de l'affection apparaît la paralysie de l'abducteur du côté de la lésion, en outre, spasmes de l'orbiculaire de la paupière du même côté. Après l'opération sur la mastoïde, on ne trouve rien qui justifie les phénomènes oculaires, on ne dit pas si l'examen du fond de l'œil fut pratiqué. Guérison graduelle et complète de tous les symptômes.

OBSERVATION IV

Törög (*Archiv. f. Ohrenh.*, vol. XVII, pag. 188.)

Femme âgée de 26 ans. Vers le milieu de décembre, otite moyenne aiguë. Perforation spontanée le huitième jour. Après une courte amélioration réapparurent de violentes douleurs à la région temporale et à l'oreille. En janvier, violents vertiges et quelquefois des vomissements. Le 10 janvier, la patiente signale l'apparition de la diplopie, la parésie du nerf abducteur de gauche. Il est probable que l'oreille malade était la gauche, bien que l'auteur ait oublié de le dire. Fond de l'œil normal. Membrane tympanique rouge, saillante; petite perforation en avant et en bas, symptômes fonctionnels attribuables à des lésions de l'appareil de transmission des sons. Aucun autre symptôme à la charge du système nerveux. A une paracentèse tympanique fait suite une subite amélioration; le troisième jour disparurent les douleurs de tête; le cinquième jour, la dépression de la paroi du conduit; le neuvième, la paralysie de l'abducteur était déjà si atténuée que la patiente pouvait lire le journal. Le 15 février, l'otorrhée avait cessé et la fonction du droit externe de gauche était redevenue normale.

OBSERVATION V

LANNOIS et FERRAND (Société Française d'Otologie, mai 1904.)

Homme de 38 ans. Otite aiguë gauche. Perforation spontanée. Le dixième jour, réapparition de la douleur et diplopie par paralysie de l'abducteur du même côté. Paracentèse, guérison parallèle vers la troisième semaine de l'otite et de la paralysie. Jamais de symptômes de réaction du côté de l'apophyse mastoïde ou du système nerveux. Les auteurs admettent qu'il s'est agi d'une paralysie d'origine réflexe, probablement par l'intermédiaire du nerf vestibulaire et du noyau de Deiters en relation avec les noyaux des nerfs moteurs oculaires.

OBSERVATION VI, VII

LUBET-BARRON (*Ibidem.*)

Il a vu deux cas de ce genre. Dans tous les deux fut pratiquée l'ouverture de la mastoïde. Il ne dit pas ce qu'il a trouvé. Le premier cas concernait une petite fille de 7 ans, la paralysie paraît s'être montrée sous le chloroforme, si bien que l'auteur soupçonne qu'il s'est agi plutôt d'une contracture du moteur oculaire commun.

OBSERVATION VIII

CHEVAL (*Ibidem.*)

Après six semaines d'une otite aiguë droite due à l'influenza, le malade entre à l'hôpital avec de violentes douleurs occipitales et avec la membrane du tympan cicatrisée. Température vers 37 et 38,5°; paralysie de l'abducteur droit, la recherche du liquide céphalo-rachidien est négative. Le malade refuse une intervention sur la mastoïde qui lui avait été proposée. Amélioration des symptômes, mais après la troisième semaine d'observation

(neuvième semaine depuis le début de l'otite), douleurs à la gorge, troubles de la déglutition, à l'examen, tuméfaction de la fossette de Rosenmüller, derrière le pilier postérieur droit; une incision donne issue à peu de pus. La température qui était montée à 39 redevient normale et la paralysie du moteur oculaire externe disparaît. Cet abcès par congestion démontre la possibilité, en pareil cas, d'une lésion de l'extrémité du rocher.

Ces cas sont ceux absolument typiques que j'ai trouvés dans la littérature; maintenant je vais faire suivre le rapide exposé de mes cas personnels et de ceux qui m'ont été courtoisement communiqués par mes collègues Mongardi, Ricci et Citelli.

OBSERVATION IX

C. Luigia, âgée de 31 ans, femme saine, qui se trouve dans son cinquième mois de grossesse; elle n'avait jamais souffert des oreilles. Elle a des enfants sains et rien ne permet de penser à une infection syphilitique antérieure. Le 14 novembre 1903, elle est atteinte d'une otite moyenne aiguë droite avec violentes douleurs d'oreille; la perforation spontanée de la membrane tympanique ne se détermina que le 23, c'est-à-dire le neuvième jour et les douleurs cessèrent avec l'établissement de l'otorrhée. Après trois jours seulement de bien-être relatif réapparurent les douleurs à la tempe et à la mastoïde qui, continuant malgré l'élargissement artificiel de la perforation, nous engagèrent à recevoir la patiente à la clinique. Le 9 décembre est pratiquée l'ouverture de la cavité mastoïdienne qui permet d'évacuer un peu de pus de l'antre et de quelques grosses cellules vers la pointe de l'apophyse. Dans les jours suivants, les douleurs persistent à la tempe, de légères élévations de températures vespérales sont signalées. Constipation. Le 24, disparaurent les douleurs. La malade, sortie de l'hôpital, peut venir poursuivre sa cure. Le 28, après deux jours d'intenses douleurs, la malade signale spontanément l'apparition de la diplopie et l'examen révèle la parésie du droit externe de droite. Examen ophtalmoscopique négatif.

Un examen soigneux du système nerveux ne révèle aucun autre symptôme morbide. Le 9 janvier, les douleurs sont plus accentuées à la portion squameuse du temporal et dans la profondeur de l'orbite, les mouvements du globe oculaire sont douloureux. Les douleurs et la diplopie vont successivement en

s'atténuant. Le 17 janvier, les douleurs ont presque cessé, la diplopie a tout à fait disparu. Entre temps, la plaie mastoïdienne marchait à la cicatrisation normale et l'oreille moyenne reprenait sa fonction normale. Il est à noter que durant le cours de l'affection, il n'apparut jamais de symptômes labyrinthiques, ni de notables élévations de température.

OBSERVATION X

C. Cristoforo, âgé de 44 ans, cultivateur. Aucune maladie antérieure importante, à l'exclusion d'une infection syphilitique. A la fin d'août 1901, otite aiguë gauche consécutive à un coryza, sans douleurs notables et sans otorrhée, environ vingt jours après apparurent des douleurs intenses, pulsatives, à la moitié correspondante de la tête. Le 16 octobre, le malade remarque de la diplopie. Le 26 du même mois, il se présente à nous avec une membrane du tympan rouge, faisant saillie; douleurs violentes; diplopie par paralysie du droit externe gauche. La paracentèse du tympan est pratiquée d'urgence. Bien qu'il s'établisse une exsudation purulente modérée au dehors, les douleurs persistent intenses et enlèvent le sommeil; elles sont localisées principalement à la partie antérieure de la région temporale. L'état général persiste bon, jamais de fièvre. Membrane rouge. Pas de phénomènes de réaction sur la mastoïde. L'examen du fond de l'œil est négatif. Les troubles fonctionnels de l'oreille gauche se rapportent principalement à une affection de l'appareil de transmission des sons.

Bien qu'il n'existe pas de symptômes de réaction mastoïdienne, en considération des symptômes oculaires, on procède le 29 à un acte opératoire. L'intervention sur la mastoïde donne un résultat négatif, on trouve seulement dans l'antra quelques granulations; on prolonge alors en avant l'incision des téguments au-dessus du conduit auditif jusqu'à rejoindre l'arcade zygomatique. On lie les deux bouts de l'artère temporale, on détruit la portion inférieure de la squame du temporal découvrant la dure-mère de la fosse crânienne médiane, on ne trouve aucune altération; tenant alors soulevé avec une spatule appropriée le lobe temporo-sphénoïdal, on explore autant qu'il est possible la surface supérieure du rocher, sans découvrir d'altération de la tablette osseuse ou de la dure-mère. On a noté comme particularité anatomique, dans ce

cas, que la fosse temporale médiane descendait très bas au point de recouvrir l'antre en partie vers sa portion externe.

1^{er} Novembre. — Aucune réaction fébrile postopératoire. Les douleurs persistent, on administre l'iodure de potassium.

7 Novembre. — Les douleurs persistent toujours. Injection intra-musculaire de sublimé.

11 Novembre. — Troisième injection, les douleurs commencent à s'atténuer.

18 Novembre. — Les douleurs ont beaucoup diminué. Un examen pratiqué par le professeur Fescarolo, neuropathologiste, ne permet pas de reconnaître aucun symptôme de foyer intracranien. La paralysie de l'abducteur est légèrement améliorée.

22 Novembre. — Huitième injection, traitement mercuriel bien toléré.

24 Novembre. — Il persiste seulement des traces de suppuration dans le conduit.

4 Décembre. — La plaie mastoïdienne va bien. La suppuration du conduit a cessé.

10 Décembre. — Il est renvoyé de la clinique avec paralysie du droit externe étant fort améliorée. Voix aphone au delà de trois mètres pour les mots d'un usage courant.

OBSERVATION XI

GRADENIGO

Ce cas concerne un jeune homme de 22 ans, C. Giovanni Battista, qui vient du dehors pour se faire examiner, ce qui est un mode d'observation très incomplet. Dans le cours d'une otite aiguë gauche, qui s'accompagna de fortes douleurs, mais qui ne donna pas lieu à une perforation spontanée de la membrane tympanique, survint tout d'un coup une paralysie complète du droit externe, du côté correspondant à l'oreille malade. Douleurs assez intenses localisées à la région temporale et pariétale. Pas de symptômes de réaction mastoïdienne. Conduit non sténosé, membrane du tympan faisant saillie. Pas de névrite optique, aucun signe d'infection celtique (1) antérieure. Le malade n'accepte pas

(1) *Infezione celtica*. Infection celtique veut dire syphilis.

la proposition d'une paracentèse tympanique et ne vient plus nous voir. On me rapporte qu'il est parfaitement guéri.

OBSERVATION XII

GRADENIGO

B. Seraphine Casalinga de Bruno. Elle a 31 ans, n'a jamais souffert d'affections auriculaires ni de maladies importantes, a deux fils sains et vivants ; a eu deux avortements, le dernier il y a 4 ans.

A la suite d'un fort coryza, elle fut atteinte d'otite aiguë gauche, le 19 février 1904 ; perforation spontanée de la membrane le troisième jour, avec cessation de la fièvre. Les douleurs auriculaires, très intenses dès le début, ne s'atténuèrent pas sensiblement avec l'établissement de la suppuration. Elle entre le 14 mars dans mon institut privé avec des phénomènes de rhinite et d'otite purulente aiguë gauche, douleurs très intenses à l'oreille et à la moitié gauche de la tête, membrane rouge saillante dans le segment postéro-supérieur où existe une petite perforation qui laisse à peine passer le pus. Sténose modérée du conduit auditif externe ; mastoïde non tuméfiée, mais douloureuse à la pression, spécialement vers la pointe. Voix aphone et montre = 0.

La perforation tympanique étant agrandie, il y a une rémission des douleurs pendant deux jours environ ; le soir, élévation modérée de la température 37,7°. Mais déjà 4 jours après, le 19, il y a une nouvelle exacerbation et la malade signale la diplopie pour la première fois. En effet, on trouve la diplopie au regard dirigé droit en avant, quand la distance de fixation est supérieure à un mètre, ou au regard dirigé vers la gauche. Nystagmus horizontal dans la position extrême du regard vers la gauche. Douleurs de l'œil gauche à la pression. Par ses caractères, la diplopie doit être attribuée à la parésie du droit externe. Un fait digne de remarque, c'est que le jour de l'apparition de la diplopie les menstrues sont venues ; or, la patiente affirme que, depuis sa jeunesse, avec les règles est toujours apparue la diplopie qui dure environ un jour.

Les mouvements de la tête sont libres ; seule est un peu douloureuse la flexion forcée en arrière. Le fond de l'œil est normal,

il s'est maintenu toujours tel, même dans le cours successif de la maladie. Les réflexes tendineux sont normaux. Le symptôme de Kernig manque. La compression des masses musculaires des cuisses est très douloureuse, on administre pendant quelques jours l'iodure de potassium sans atténuation appréciable des douleurs. Le 20, le Dr Gennari pratique la ponction lombaire, on laisse couler environ 60 cc. d'un liquide très limpide qui s'est montré stérile à la culture, centrifugé il a laissé voir de rares épithéliums plats et de rares leucocytes polynucléaires.

Aussitôt après la ponction, la céphalée augmente considérablement, mais après quelques heures survient une amélioration marquée. Le soir, température rectale = 38.2. Pouls, 82.

Le 21. — Dans la nuit, douleurs violentes à la tête, à l'épine dorsale et dans les articulations inférieures, douleurs qui obligent le malade à crier, à se lamenter à haute voix. Quelques contractions cloniques, à l'orbiculaire des paupières gauche ; à la diplopie s'ajoute la photophobie.

Antrectomie exploratrice sur l'apophyse mastoïde qui est toujours très douloureuse ; l'opération est faite parce que l'écoulement purulent de l'oreille se maintient très abondant. Os compact très vascularisé, quelques granulations, pas de véritable collection purulente. La plaie est en partie suturée. A la quatorzième heure, température = 39°9.

Le 22. — Insomnie, nuit assez agitée, les douleurs continuent ; sensorium émoussé. Cris nocturnes. La paralysie oculaire est augmentée.

Nouvelle ponction lombaire (Dr Sennari). Il s'écoule avec difficulté seulement 10 centimètres cubes d'un liquide limpide, ayant les mêmes caractères que celui extrait précédemment. Température soir = 38°3.

Dans le pus de l'oreille, se développe des streptocoques et quelques rares bacilles (Dr Calamido).

Le 24 et le 25 est signalée une légère amélioration, de même en ce qui concerne la température ; mais dans la nuit du 23 et du 26 reparaissent agitations, insomnie, et apparaissent pour la première fois des vomissements que la malade attribue à ce qu'elle a voulu manger, la soirée précédente, des aliments d'une digestion difficile. La température recommence à atteindre, le 29, à la dix-neuvième heure, 39°2. La diplopie apparaît maintenant dans le regard direct en avant seulement à 40 centimètres de distance ; dans le regard vers la gauche, la sclérotique reste découverte sur un espace d'environ 4 millimètres. L'audition à gauche est au

contraire améliorée. La montre s'entend faiblement à environ 5 centimètres. La voix aphone de 1 à 3 mètres. L'examen fonctionnel exclut une lésion labyrinthique.

Depuis ce moment l'amélioration alla progressant, la fièvre cessa. Aujourd'hui les douleurs persistent, bien que fort atténuées, la parésie de l'abducteur a presque disparu. L'état général est bon. La perforation du tympan est désormais fermée et la brèche opératoire est sur le point de se fermer également.

Des nouvelles ultérieures confirment une complète guérison.

OBSERVATION XIII

MONGARDI (de Bologne).

S. L., âgé de 62 ans, manœuvre de Galliera. Ne se rappelle pas avoir eu de maladies vénériennes, a eu 10 enfants d'une femme saine. Céphalée habituelle et quelquefois vertiges quand il se lève du lit. Le 29 mars 1903, violentes douleurs à l'oreille droite avec céphalée augmentant de plus en plus, si bien que le septième jour il fut obligé de se rendre à Bologne près d'un auriste qui fit l'extraction d'un tampon de cérumen(?) et mit les jours suivants dans le conduit une substance qui donnait la sensation de brûlure. Il ne sortit de l'oreille aucun liquide. Dans la nuit du 11 au 12 mai, céphalée très intense, dans la nuit suivante, fièvre, vertiges, délire, il s'endormit un peu seulement le matin et se réveilla avec de la diplopie. A la consultation de la clinique médicale, on trouva une paralysie de l'abducteur de droite et on conseilla au malade d'entrer à l'hôpital. A la clinique, il présenta encore pendant 5 jours de légères élévations thermiques (maximum 38°,2), céphalée intense fronto-pariétale, continuelle, quelques vertiges, diplopie, paralysie complète du droit externe de droite, soit du même côté que la lésion de l'oreille.

Examen de l'oreille (le 18 mai) : rougeur et tuméfaction de la portion flaccide de la membrane tympanique. Le manche du marteau n'est pas visible, ni le reflet lumineux ; cicatrice dans le cadran postéro-supérieur ; saillie de la paroi supérieure du conduit osseux.

Ecoulement tympanique peu abondant, si épais qu'il ne peut se déplacer. A l'examen fonctionnel on peut aussi reconnaître une légère participation du labyrinthe.

Examen ophtalmoscopique négatif.

Après un signe fugitif de participation du facial, l'amélioration commence si bien qu'on renonce encore à la ponction lombaire projetée. En un mois, avec le traitement à l'iodure de potassium à l'intérieur et une rigoureuse aseptie de l'oreille, l'hémicranie disparaît et tandis que la paralysie tendait à s'améliorer, le malade sortit de l'hôpital.

OBSERVATION XIV

RICCI G. A.

S. P., homme de 43 ans, paysan sain, cultivateur, père de plusieurs enfants sains. Pas d'infection celtique ni paludéenne. En avril 1903, pneumonie lobaire gauche. Dans les derniers jours de la maladie surgirent de violentes douleurs à l'oreille gauche, et cophose. Jamais de suppuration dans le conduit.

La pneumonie guérie, persistent la cophose et les douleurs d'oreille qui se diffusent ensuite à la région mastoïdienne puis à la tempe et en dernier lieu à toute la moitié gauche de la tête. Deux mois et demi à partir du début, les violentes douleurs de tête persistant toujours, ainsi que des douleurs rétro-bulbaires, apparut la diplopie. Trois mois après le début, le patient se présente à l'examen du Dr Ricci. Celui-ci relève : impossibilité de tenir l'œil gauche ouvert, légère photophobie ; diplopie homonyme par parésie notable de l'abducteur de gauche ; fonction visuelle de l'œil gauche normale, le fond de l'œil est également normal. Céphalée intense au côté gauche de la tête en rapport avec les points habituels de l'émergence des nerfs, avec toute la région de la mastoïde et la portion squameuse du temporal. Cophose gauche avec DV à gauche ; Rinne négatif. Conduit normal, tympan épaissi, légère rougeur le long du manche du marteau, pas de fièvre, larges applications de révulsifs aux régions mastoïdienne temporale et frontale, puis applications électriques péri-orbitaires à gauche. Cinq mois et demi après le début l'individu peut se dire guéri. La diplopie, la céphalée ont disparu, seule la diminution de l'audition persiste.

OBSERVATION XV

CITELLI S.

Jeune femme de 22 ans, de Catane. Vers la fin de 1903, otite moyenne aiguë droite, perforation tympanique spontanée le cin-

quième jour. Alors survient l'atténuation de tous les symptômes de réaction générale et locale. Un mois après le début de la maladie, réapparition des douleurs qui s'étendent à toute la moitié correspondante de la tête et atteignent une extraordinaire intensité. A l'examen : pus dans le conduit ; petite perforation centrale ; la région mastoïdienne est normale, il existe seulement de la douleur à la pression forte au point correspondant à l'antre. Pas de fièvre. L'auteur élargit l'ouverture de la membrane, il s'ensuit une rémission dans les douleurs. Au bout de quelques jours, malgré l'abondante issue du pus, les douleurs deviennent de nouveau très intenses, si bien que l'auteur propose l'opération sur la mastoïde que la famille n'accepte pas. Après deux autres jours, soit environ un mois et demi à partir du début, la malade accuse l'apparition inattendue de la diplopie, l'examen fait reconnaître la paralysie complète du droit externe oculaire de droite. Le fond de l'œil est normal, à l'exception toutefois d'un certain degré de stase veineuse. Un oculiste consulté interpréta la paralysie comme un phénomène de nature rhumatismale, si bien que l'acte opératoire fut différé. La céphalée très intense, l'abondante suppuration auriculaire, le point douloureux à la mastoïde persistaient si bien que la famille était sur le point de consentir à l'opération proposée, quand fort à propos la paralysie du droit externe commença à s'atténuer, et après un peu plus d'une semaine presque tout disparut. La suppuration auriculaire, les douleurs à la tête diminuèrent rapidement, puis elles cessèrent, si bien qu'il y eut complète guérison qui se maintient définitivement.

Dans une autre série de cas le cadre clinique typique est compliqué par la névrite optique.

OBSERVATION XVI

HABERMANN (*Verhandlungen der III. Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft*, Iéna, 1898, page 94.)

Petit enfant de 6 ans, otite moyenne aiguë au commencement de février, perforation spontanée de la membrane peu d'heures après, bronchite aiguë. Dix jours après, l'oreille était un peu humide le matin seulement. Après quinze jours environ, douleurs violentes, spécialement pendant la nuit, les douleurs continuèrent bien qu'on eut pratiqué la dilatation de la perforation ; phéno-

mènes de mastoïdite avec altération des parties molles rétro-auriculaires et névrite optique. Le 26 février, le médecin de la famille pratiqua une petite incision sur la mastoïde, cette incision conduisit la sonde jusqu'à l'antre. Un jour après l'opération, les douleurs recommencèrent, principalement la nuit; le malade pousse des cris. Le 6 mars, Habermann pratique une large ouverture de la cavité mastoïdienne et trouve que le foyer morbide de l'apophyse s'étend en arrière jusqu'à rejoindre le sinus sigmoïde dont la paroi externe est recouverte de granulations. Malgré l'intervention opératoire, les douleurs persistent, spécialement intenses à la région frontale. Le 9 mars apparaît la diplopie par paralysie de l'abducteur gauche. Il n'y avait pas d'élévation de température, le pouls néanmoins était fréquent, de 100 à 120 par minute. Le 10 mars, nouvelle opération pour rechercher le siège de la lésion osseuse qui aurait pu causer la parésie de l'abducteur. L'auteur mit à découvert la dure-mère de la fosse crânienne médiane, l'os fut trouvé malade et les granulations furent suivies jusqu'à la portion pétreuse, parmi les canaux semi-circulaires. On ne trouva pas une collection purulente mais une forte hyperémie de la dure-mère.

Plus tard, tous les phénomènes rétrocedèrent lentement, la diplopie néanmoins était encore très prononcée le 16 mai.

OBSERVATION XVII

JURGENSMEYER (*Ibidem*, page 104.)

Inflammation aiguë de l'oreille moyenne et de la mastoïde. Paralysie de l'abducteur du même côté et papillite optique bilatérale. Fortes douleurs à la tête et à la nuque; disparition des symptômes après quatre semaines sans aucune opération.

OBSERVATION XVIII

KATZ (*Ibidem*, page 104.)

Femme 32 ans. Opération d'antrectomie mastoïdienne, consécutive à une otite moyenne aiguë. Après six à huit semaines de bien-

être, fortes douleurs à l'oreille et surdité, puis paralysie de l'abducteur; mort. A l'autopsie, méningite purulente de vieille date, circonscrite à la base et labyrinthite purulente.

OBSERVATION XIX

KÖRNER (*Die otitischen Erkrankungen des Hirns*, etc., III, édit. Wiesbaden, 1903, page 73).

Petite fille âgée de 12 ans, sujette à des angines et des otites récurrentes. A la fin de mars, otite aiguë suppurée droite; à partir du 31 mars, vomissements fréquents attribués par le médecin de la famille à des désordres diététiques, à l'hystérie, et qui furent combattus en vain par une diète rigoureuse, des opiat, etc... Dépérissement de l'état général. Le 7 avril, tuméfaction rétro-auriculaire. Le 9, l'enfant est reçue à la clinique de Körner, opération sur la mastoïde, la corticale est perforée par des granulations; le sinus sigmoïde à nu est aussi recouvert de granulations. Dans l'antre, des granulations et du pus. Examen ophtalmoscopique normal. La marche consécutive marque une amélioration progressive, ainsi que dans l'état général, jamais de fièvre. A la clinique, on n'observa jamais de vomissements. Le 22 avril, la patiente se plaint de diplopie due à la paralysie de l'abducteur de droite; on reconnaît en outre une névrite optique bilatérale. Plus tard, tous les troubles disparaissent peu à peu et le retour à l'état normal se fait sans qu'il ait été nécessaire de faire une nouvelle opération. Le 6 août on pouvait constater la guérison complète.

OBSERVATION XX

GRADENIGO

R. Giuseppina, âgée de 17 ans, paysanne. Un de ses frères souffre de troubles auriculaires. Elle entre à la clinique, le 8 décembre 1900, pour une otite purulente droite, consécutive à une angine simple qu'elle avait eue un mois environ auparavant. La suppuration de l'oreille est abondante et s'accompagne de douleurs intenses, qui, pendant quinze jours, à partir du début de

l'affection auriculaire, n'ont cessé qu'une fois seulement pendant la durée de deux jours.

A droite on trouva le conduit auditif rempli de pus, il est sténosé dans sa portion osseuse par la dépression de la paroi postéro-supérieure. Voix aphone tout proche, la montre par voie aérienne = 0, elle est entendue sur la mastoïde. L'apophyse n'est douloureuse ni à la pression, ni à la percussion, excepté toutefois sur un petit point vers la pointe. Dépression de l'état général. La patiente se plaint de céphalée temporo-frontale du côté malade, légère paralysie du facial à droite. Les mouvements du cou sont libres. Les réflexes abdominaux et patellaires sont très marqués. Le symptôme de Kernig manque, pas de clonus du pied. La compression de l'extrémité inférieure du pied n'est pas douloureuse. On trouve une paralysie complète du droit externe de l'œil droit mais il n'est pas possible de dire sûrement quand elle s'est produite. Névrite optique bilatérale. Pas de fièvre. Mastoïdectomie. Les téguements sont sains. La superficie osseuse de l'apophyse est normale. La corticale est d'une faible épaisseur. Il sort du pus sous pression des cellules périantrolales. Les cellules de la pointe sont également remplies de pus abondant. On détruit la pointe de l'apophyse en totalité. L'antre est grand. Aucune fistule vers la cavité crânienne.

11. — La céphalée a disparu, les troubles visuels persistent; seule la paralysie de l'abducteur semble légèrement diminuée. Photophobie à l'œil droit.

12. — Même état, la patiente n'accuse pas de grosses douleurs.

13. — Première médication.

14. — Le professeur Pescarolo, neuropathologiste, pratique un examen soigné dont voici le résultat : Paralysie presque complète de l'abducteur de droite; avec effort le bulbe oculaire dépasse de peu la ligne médiane. Réaction de la pupille normale. Légère rigidité de la nuque, plus marquée à droite. Dermographisme évident. Parésie du facial inférieur de droite, pas de déviation de la langue. Réflexes profonds normaux; le symptôme de Kernig manque ainsi que le clonus du pied. Pouls variable de 70 à 100 à peu d'intervalle. L'intelligence est vive, la sensibilité tactile bien conservée des deux côtés. On pense à un foyer circonscrit qui intéresse la VI^e et la VII^e paire vers la base du crâne.

15 décembre. — Seconde médication. De nouveau, douleurs intenses à la moitié de la tête du côté malade.

Dans le but de découvrir la présence éventuelle d'un foyer

endocrânien, on procède, le 2 janvier 1901, à un second acte opératoire. Réouverture de la brèche opératoire, curetage des granulations qui remplissent la cavité mastoïdienne, destruction de la paroi postérieure du conduit et ouverture de l'aditus. On enlève les grands osselets enveloppés de granulations serrées. Une recherche attentive avec la sonde ne fait reconnaître aucune ouverture fistuleuse vers la cavité cérébrale. Quoi qu'il en soit on met à nu sur une petite étendue la dure-mère de la fosse crânienne médiane, elle présente un aspect normal. On ne croit pas opportun de faire une intervention ultérieure. 12. Le soir du jour de l'opération, petite élévation fébrile, 38. Troubles considérables à la suite du chloroforme. Décours ultérieur sans incidents.

La patiente abandonne plus tard la clinique dans de bonnes conditions de convalescence. La parésie de l'abducteur et du facial est diminuée, on note aussi une diminution de la névrite optique. Les nouvelles qui nous sont parvenues trois ans environ après la maladie établissent que la patiente continue à jouir d'une très bonne santé et que tous les phénomènes morbides ont disparu.

Les cas suivants de paralysie otitique de l'abducteur méritent une place à part parce qu'ils se rattachent à des affections auriculaires chroniques, tandis que tous les cas précédents et les cas typiques observés par moi concernent sans exception des otites purulentes aiguës.

OBSERVATION XXI

KELLER (*Monaschrift, f. Ohr.*, XXI, 1888.)

Petit enfant de 7 ans. Au septième jour d'une otite chronique purulente réchauffée apparaît de la fièvre avec des phénomènes articulaires ; papillite optique. Plus tard apparurent des symptômes alarmants ; à la sixième semaine, paralysie de l'abducteur. En dernier lieu, guérison. L'auteur rapporte les frissons et les phénomènes articulaires dont la malade avait précédemment souffert à l'ostéo-phlébite du temporal, et les troubles oculaires à la leptoméningite.

OBSERVATION XXII

GORIS (*Annales des maladies des oreilles*, an. 1903, p. 64.)

Jeune fille de 24 ans. Otite moyenne purulente chronique, droite, que la malade n'avait jamais soignée. Tout d'un coup paraît la diplopie par suite de la paralysie de l'abducteur de droite, névrite optique bilatérale. L'auteur pensa à la probabilité de l'existence d'un petit abcès extra-dural, au voisinage du rocher pétreux. Mais dans l'acte opératoire qui consiste dans l'ouverture de la fosse temporale au-dessus de la ligne zygomatique, au niveau du conduit auditif externe, on ne trouve pas de pus mais de la profondeur de la plaie on extrait un séquestre mobile, constitué par un os très dur, d'un centimètre environ de largeur, semblable à la pointe du rocher. On eut ensuite la guérison rapide et complète de tous les symptômes.

En laissant de côté les deux dernières observations, les remarques les plus importantes présentées sur les cas ci-dessus exposés peuvent être résumées dans le tableau suivant :

Il s'agit donc de 21 cas (l'observation clinique qui porte le n° 23 est relatée dans les pages qui suivent) 11 cas concernent des hommes ; 8 des femmes ; pour 2, le sexe n'est pas indiqué. Quant à l'âge, trois étaient des petits enfants au-dessous de 12 ans ; treize adultes dont dix au-dessous de 32 ans, deux vieillards au-dessus de 60 ans ; pour trois, l'âge n'est pas indiqué.

En ce qui concerne le côté atteint, le côté gauche est le plus fréquent. Dans 6 cas, la lésion était à droite, l'indication manque pour 6 cas.

Il est encore important, comme nous le verrons, de signaler, afin d'expliquer la naissance des complications, le défaut de drainage ou le drainage imparfait du pus de la caisse tympanique à travers une perforation de la membrane ; dans 6 cas, il n'y avait pas eu de perforation spontanée de la membrane ; dans les 9 cas où elle existait, cette perforation s'était produite, dans 3 cas, la huitième journée du début de la maladie.

N ^o d'ordre	Auteurs	Sexe	Âge	Catè	Cause prédisposantes	P ^{er} foration tympanique le jour	Opération sur la mastoïde
I	Spira	H	73	G	Otite catarr. chronique	Non	Oui
II	Pischel	H	34	D	Otite catarr. chronique	Oui	Oui
III	d'Ajutolo	H	26	?	—	?	Oui
IV	Török.	F	26	G	—	Oui, 8 ^e	Non
V	Lannois Ferrand	H	38	G	—	Oui, 10 ^e	Non
VI	Lubet Barbon	F	7	?	—	?	Oui
VII	Lubet Barbon	—	—	—	—	—	Oui
VIII	Cheval	H	?	?	—	?	Non
IX	Gradenigo	F	31	D	Grossesse	Oui, 4 ^e	Oui
X	Gradenigo	H	44	G	—	Non	Oui
XI	Gradenigo	H	22	G	—	Non	Non
XII	Gradenigo	F	31	G	—	Oui, 3 ^e	Oui
XIII	Mengardi	H	62	D	Sénilité	Non	Non
XIV	Ricci	H	43	G	Pneumonie	Non	Non
XV	Citelli.	F	22	D	—	Oui, 5 ^e	Non
XVI	Habermann.	H	6	G	Bronchite	Quelques heures après	Oui
XVII	Jürgensmeyer	?	?	?	—	?	Non
XVIII	Katz	F	32	?	—	?	Non
XIX	Körner	F	12	D	Angine	Oui	Oui
XX	Gradenigo	F	17	D	—	Oui	Oui
XXIII	Gradenigo	H	31	G	Ozène	Non	Oui

Recherche opératoire mastoïdienne	Date de l'apparition de la paralysie de la VI ^e paire	Issue	Complications	Observations
Pus abondant	Réchauffement après des mois	G	—	Exploration négative de la fosse crânienne médiane.
Pus	Otite réchauffée	G	—	Exploration négative de la fosse crânienne médiane.
?	30 ^e jour	G	Spasme orbiculo palpébral	—
—	30 ^e jour	G	Vertiges. Vomissements	—
—	?	G	—	—
?	?	G	—	—
?	—	G	—	—
—	45	G	Abcès rétro-pharyngien	—
			Fièvre	—
Peu de pus	45	G	—	—
Négative	Otite réchauffée	G	—	Exploration négative de la fosse crânienne médiane.
—	?	G	—	—
Peu de pus	30	G	Fièvre. Spasme orbiculo-palpébral. Nystagmus. Vomissements. Ménin-gite séreuse.	—
—	45	G	Fièvre. Paralysie faciale	Epitympanite
—			Vertiges	—
—	75	G	Photophobie	—
—	45	G	—	—
Pus	40	G	Cris nocturnes	—
—	?	G	Névrite optique	—
—	60	M	Labyrinthe purul. Lepto-méningite circonscrite	—
Pus	40	G	Névrite optique. Vomissements	Abcès extra dural péri-sinusien
Beaucoup de pus	?	G	Parésie faciale. Photophobie Névrite optique. Dermographisme Rigidité de la nuque.	Exploration négative de la fosse crânienne médiane.
Négative	60	M	Lepto méningite purulente diffuse Photophobie.	—

On peut donc dire que sur 15 cas où cette particularité est notée, dans 9, c'est-à-dire dans plus de la moitié, ou bien il n'y avait jamais eu de perforation tympanique spontanée, ou bien elle s'était produite à une époque très tardive. Sur 21 cas, l'ouverture de la cavité mastoïdienne fut pratiquée seulement dans 12 et encore sur ces 12, dans 4 l'ouverture fut négative ou presque négative.

La paralysie oculaire est toujours signalée comme complication tardive de l'otite. Dans 3 cas seulement elle apparaît trente jours environ après le début de l'otite ; dans 3, elle ne survient qu'après quarante ou quarante-cinq jours, finalement dans 7 cas elle n'apparaît qu'à une époque plus éloignée, à la suite d'une infection tympanique réchauffée. Dans 6 cas, les indications manquent à ce sujet. •

Nous basant sur ces données nous pouvons tracer brièvement de la manière suivante la symptomatologie de l'affection qui nous occupe.

Il s'agit en général d'individus jeunes, frappés d'otites aiguës qui présentent peu de tendance à la perforation spontanée de la membrane du tympan.

C'est un fait parfaitement caractérisé que la maladie auriculaire s'accompagne dès les premiers jours de douleurs assez violentes, qui, différentes des douleurs de la syphilis, persistent encore dans la journée et sont calmées pour peu de temps seulement par la paracentèse du tympan. Les douleurs ont pour siège non seulement l'intérieur de l'oreille malade mais encore la région temporale et pariétale jusque dans la profondeur de l'orbite. Ne font pas partie du cadre morbide typique des symptômes de réaction bien prononcés du côté de la région mastoïdienne et de la partie profonde du conduit. Habituellement la fièvre manque ; manquent également d'autres symptômes du côté du système nerveux. La suppuration du conduit est habituellement rare. La paracentèse, si elle est pratiquée à une période tardive de la maladie, peut donner issue à peu de pus, mais la perforation artificielle a grande tendance à se refermer. Après trente ou quarante jours environ, plus rarement après deux mois et plus, depuis le début de l'affection auriculaire, les douleurs persistant, le malade signale spontanément

l'apparition de la diplopie, que l'examen oculaire permet facilement d'attribuer à la paralysie ou à la parésie du droit externe de l'œil, du côté de l'oreille malade. Il n'y a pas habituellement participation des autres muscles oculaires, ni de névrite optique. La maladie dans les cas types se résout lentement même sans qu'on ait eu recours à l'ouverture opératoire de la cavité mastoïdienne; quand on intervient au moyen de la mastoidotomie, on reconnaît dans quelques cas qu'il n'existait pas de pus ou seulement qu'il y en avait en petite quantité dans les cellules et dans l'antre. Dans la grande majorité des cas, 19 sur 21, l'affection auriculaire et la diplopie arrivent à complète guérison. Il y a eu cependant deux cas de mort par suite de méningite purulente.

Les cas types sont donc caractérisés par la triade suivante :

Otite aiguë. Douleurs persistantes et paralysie de l'abducteur.

Dans une autre série de cas s'ajoute de la névrite optique habituellement bilatérale (3 cas sur 21).

Parmi les cas légers typiques et les cas qui finissent en dernier lieu par présenter des symptômes de leptoméningite diffuse se trouvent, éléments de transition, d'autres cas dans lesquels sont signalés certains symptômes qui sont l'expression d'irritation méningée. Parmi ceux-ci doivent être rappelés : la photophobie (observ. xiv, xx et xxiv) ; les cris encéphaliques nocturnes (observ. xii et xiv) ; le spasme de l'orbiculaire des paupières (observ. iii et xii) ; la fièvre (observ. viii, xii, xiii) ; le vertige et les vomissements (iv, xii, xiii, xix) ; la rigidité de la nuque (xx) ; le spasme ou la parésie du facial (xiii, xx) etc...

Quelle est donc la genèse de la paralysie de l'abducteur dans le cadre clinique typique ?

La divergence des opinions à ce sujet a été manifeste dans la discussion qui a eu lieu après la communication du cas d'Habermann à la septième réunion de la Société otologique allemande. Comme l'a noté Killian, on peut soutenir l'hypothèse que dans certains des cas décrits il y ait eu simple coïncidence ; par exemple, une affection aiguë ou réchauffée des sinus nasaux, plus particulièrement du sinus sphénoïdal, peut donner naissance à la paralysie du droit externe de l'œil et coïncider

d'autre part avec une otite moyenne aiguë ; de cette manière les fortes douleurs de tête avec leurs localisations spéciales peuvent avoir été déterminées non par l'otite mais par la sinusite. La résultante négative des examens rhinoscopiques pratiqués par des observateurs consciencieux permet d'exclure cette hypothèse au moins dans la majeure partie des cas.

En tenant compte du mode absolument typique de la naissance et du cours de l'affection, la supposition faite par quelques auteurs que la paralysie de l'abducteur serait un phénomène simplement accidentel, indépendant de l'otite et dû à une cause rhumatismale ou à l'influenza, a peu de valeur.

Habermann lui-même, dans sa communication, rappelle, pour la discuter et pour la rejeter, l'hypothèse que la paralysie oculaire a pour origine un réflexe de l'oreille, hypothèse déjà mise en avant par Moos et Urbantschitsch et reprise dans ces derniers temps comme nous l'avons vu (obs. v) par Lannois et Ferrand. La persistance de la paralysie, quelquefois pendant des semaines et des mois, s'accorde mal avec l'idée que nous nous faisons des troubles nerveux purement fonctionnels.

Manu rapporte la paralysie et la névrite optique, quand elle existe aux lésions extra-durales périsinusienne qui sont signalées dans quelques observations (xvi, xix) la rareté de ces lésions mise aussi en regard avec l'absence de symptômes de réaction de la mastoïde, dans le plus grand nombre des cas, permet de rejeter cette hypothèse même en faisant abstraction du fait de la fréquence avec laquelle on rencontre au contraire en clinique des collections purulentes périsinusiennes, sans qu'elles soient par elles-mêmes cause de troubles oculaires.

Les spasmes et la paralysie du facial du côté malade, qui sont signalés dans quelques cas (obs. xiii, xx) ont déterminé Negro, dans une des séances de l'Académie royale de Turin, où j'ai argumenté moi-même, à émettre l'opinion qu'il pourrait être question de lésions centrales localisées, en correspondance avec les noyaux bulbaires de la vi^e et de la vii^e paire. Il serait difficile d'expliquer en ce cas pourquoi les noyaux des nerfs voisins sont au contraire toujours sains et d'autre part il convient de ne pas oublier qu'il n'est pas rare de rencontrer des spasmes et les paralysies du facial dans les inflammations

de l'oreille moyenne, par suite de lésions de ce nerf dans son trajet intratympanique, et par suite ces phénomènes reconnaissent dans notre cas une interprétation tout à fait différente de celle que comporte la paralysie de l'abducteur.

Il est rationnel au contraire d'admettre comme cause de la lésion du nerf abducteur un foyer circonscrit de lepto-méningite en correspondance avec la pointe du rocher. Jürgendmeyer se rattache à l'idée d'une leptoméningite séreuse. Habermann et Brieger pensent plutôt à un foyer de lepto-méningite déterminé par des lésions osseuses circonscrites du rocher qui gagnent en dernier lieu la dure-mère, souvent en rapport aussi avec une labyrinthite purulente (Jansen). Brieger eut plus tard l'occasion de confirmer cette opinion; il vit dans un cas la mort survenir en peu de jours par la diffusion d'une méningite purulente.

Körner, à propos du cas observé par lui, exprime l'opinion que l'on ne peut pour le moment affirmer rien de précis sur la pathogénie.

Un cas type, que j'ai observé et dans lequel la paralysie de l'abducteur suivit de près une leptoméningite purulente diffuse à issue fatale, me paraît propre à jeter la lumière sur cette question si discutée.

OBSERVATION XXIV

P. Pietro, âgé de 31 ans, chef de fabrique. De constitution plutôt délicate et affecté d'ozène nasal qu'il n'a jamais traité. Sur le milieu de novembre environ de l'année 1903, il fut atteint d'otite moyenne aiguë gauche, qui ne donna pas lieu à une perforation de la membrane, et, comme cela arrive ordinairement dans ces otites aiguës liées à l'ozène, ne détermina pas de symptômes intenses de réaction; les douleurs, spécialement dans les premiers temps, n'étaient pas intenses. Après un mois environ de maladie, les douleurs étant devenues au contraire très intenses au point de l'empêcher de dormir pendant plusieurs nuits, le malade se décide à se présenter à nous. A ma première visite, 5 janvier 1904, je ne trouvais pas de symptômes attribuables à une réaction mastoïdienne; les parties molles sur la mastoïde ne sont pas altérées.

Il n'y a pas de tuméfaction de la paroi postéro-supérieure du conduit osseux. Pas de fièvre. Les douleurs étaient localisées par le patient à la région pariétale et temporale gauche. La membrane tympanique était rouge, non procidente. La perception de la montre au contact est abolie. Voix aphone : deux mètres. La paracentèse est immédiatement pratiquée et donne issue à quelques gouttes de pus, mais la suppuration externe s'arrêta promptement ; déjà au bout de vingt-quatre heures seulement la perforation artificielle était déjà fermée. Comme les douleurs persistaient toujours très intenses et dans la crainte d'une complication endocrânienne, on procéda le 28 janvier à l'ouverture de la cavité mastoïdienne qui fut trouvée presque saine. On trouva dans l'antre et dans les cellules mastoïdiennes de la pointe de l'apophyse un peu de pus et quelques granulations, mais on ne trouva pas de vraie collection purulente. Au total, l'ouverture opératoire ne justifiant pas la persistance des douleurs, je mis à nu sur une petite étendue la dure-mère de la fosse crânienne médiane pour rechercher l'existence éventuelle d'un abcès extra-dural, mais avec un résultat complètement négatif. Bien qu'il n'existât aucune trace d'infection syphilitique antérieure, on tenta, mais sans résultat, d'administrer contre les douleurs l'iodure de potassium. Le 14 février, le patient signala lui-même l'apparition inattendue de la diplopie ; à l'examen, on reconnaît la parésie du droit externe gauche. Ce diagnostic fut plus tard confirmé par le très illustre professeur Raymond, directeur de la clinique oculistique qui trouva la vision normale et aussi le fond de l'œil. Pendant ce temps, l'apyrexie persistait ainsi qu'un état de santé générale passable, si bien que le patient restait levé dans la journée. Il faut signaler cependant la tendance qu'il avait à rester dans les lieux obscurs ; on ne peut pas savoir si cela était dû à une véritable photophobie ou plutôt au fait que dans l'obscurité il était moins troublé par les images doubles des objets qui l'entouraient. Mais déjà le matin du 22 février, la fièvre apparaît d'une façon inattendue (le matin environ 38°, le soir 39,8° sans frissons) et en même temps se déclare la lepto-méningite avec de violentes douleurs à la région sacrée et coccygienne. Signe de Kernig. Constipation ; le 23 au matin on tente une nouvelle intervention dans l'espoir de trouver un foyer purulent dans la fosse crânienne médiane, à travers une large brèche pratiquée avec des pinces ostéotomes sur la squame du temporal, on met à nu la dure-mère et on explore en le soulevant le lobe temporal gauche, mais sans résultat. Le cerveau est animé de battements pulsatiles. Par une

ponction faite au moyen d'une grosse aiguille-canule à travers la dure-mère il s'écoule du liquide cérébro-spinal en petite quantité. A l'examen bactériologique, on obtient le développement de staphylocoque et de streptocoques. Le 25, ponction lombaire ; on extrait environ 15 centimètres cubes d'un liquide trouble duquel on obtient le streptocoque pyogène ou cultures pures. A la suite de la ponction pratiquée par le capitaine médecin, docteur Casta, les douleurs sont soulagées, mais pour peu de temps.

L'examen à froid du liquide de la ponction lombaire centrifugé révèle la présence de streptocoques, de fibrine, de corpuscules blancs en état de désagrégation, quelques corpuscules rouges du sang. La culture sur agar et sur bouillon donne seulement un développement de streptocoques.

La ponction fut répétée avec un résultat analogue le 26. Grave agitation, pupille en mydriase, douleurs sacrées violentes et, chose remarquable, absence de céphalée. La mort survint dans le coma dans les premières heures du 28 février.

Dans ce cas, on eut au commencement le tableau clinique parfaitement typique comme dans les autres cas ; l'opération exploratrice sur la mastoïde et celle sur la fosse crânienne médiane donnèrent un résultat négatif ; la paralysie de l'abducteur qui cette fois s'accompagnait d'une légère photophobie, et les douleurs furent pour quelque temps les seuls symptômes qui firent douter de la gravité de l'affection. Le souvenir de l'issue favorable survenue dans les cas cliniques analogues aurait au contraire permis de n'avoir pas trop de préoccupations au sujet de notre malade. L'explosion de la lepto-méningite purulente s'affirma d'une façon inattendue au milieu d'un bien-être relatif, avec l'apparition de la fièvre, des douleurs à la région lombaire et du symptôme de Kernig. Très probablement la lepto-méningite existait déjà le jour où le patient se présenta à nous pour la première fois, souffrant de douleurs violentes à la tête ; elle s'affirma plus tard avec le seul symptôme de la parésie du droit externe et non modifiée par la double intervention opératoire ; elle se diffusa à la fin, conduisant rapidement le patient à la mort.

Les opérations firent exclure les lésions osseuses à la superficie du rocher et à la mastoïde ; la ponction lombaire permit

d'établir avec certitude le diagnostic de lepto-méningite purulente à streptocoque. On peut encore se demander quelle influence aurait eue la ponction lombaire si elle avait pu être pratiquée au moment où s'est déclarée la parésie de l'abducteur avant l'apparition des symptômes de diffusion de la méningite ; si la maladie avait également progressé, la ponction lombaire n'aurait-elle pas pu être considérée comme cause de la diffusion spinale de l'infection restée jusqu'alors circonscrite.

Nous sommes autorisés à penser que dans les autres cas avec syndromes analogues il s'est agi aussi de lepto-méningite circonscrite qui guérit après la simple élimination des foyers de suppuration de l'oreille moyenne et éventuellement de la cavité mastoïdienne. Dans ce dernier cas seulement, malgré les interventions, on ne put empêcher la diffusion de la méningite et l'issue funeste. Il est notoire que dans ces derniers temps où le diagnostic de méningite purulente peut se faire avec certitude au moyen de la ponction lombaire, les observations qui attestent la curabilité, sous certaines conditions, de la lepto-méningite purulente même de cause otitique, vont sans cesse en se multipliant. Moi-même j'ai eu occasion de publier quelques cas cliniques très démonstratifs. Maintenant la possibilité de guérir quelques lepto-méningites otitiques est confirmée encore par ces cas nouveaux qui évoluèrent avec le syndrome en question. Je note que dans un de ces cas typiques par moi observés, la ponction lombaire a permis de reconnaître l'existence d'une lepto-méningite diffuse séreuse qui guérit par la suite.

Que cela soit la correcte interprétation du tableau clinique en question, cela est rendu assez probable par d'autres faits encore. Si on passe en revue l'histoire clinique, on trouve des symptômes qui indubitablement se rattachent à l'irritation méningée, cris nocturnes, photophobie, vertiges, vomissements, fièvre, rigidité de la nuque, etc. On peut faire quelques réserves au sujet de l'interprétation de la photophobie et du spasme de l'orbiculaire de la paupière, qui peut-être peuvent être considérés comme des troubles liés à la diplopie très gênante pour le malade. L'infection des pie-méniges a son

point de départ dans la caisse tympanique même ; l'absence ou le léger degré des lésions mastoïdiennes dans le plus grand nombre des cas, la fréquence de la rétention du pus par suite de l'absence de perforation du tympan ou de perforation tardive, le bénéfice que les symptômes retirent habituellement de la paracentèse ou de l'élargissement de la perforation existante ; et finalement la localisation signalée dans quelques cas de l'infection et de l'inflammation à la partie haute de la caisse seulement (obs. xiii) sont des arguments à l'appui d'une pareille interprétation.

Quel est le mécanisme qui détermine la paralysie du nerf abducteur. La réponse à cette demande est facile quand après l'acte opératoire on trouve, comme cela est arrivé dans le cas d'Habermann, et dans le cas de Goris (qui cependant ne rentre pas dans cette catégorie parce qu'il se rapporte à une otite chronique), des altérations de la face supérieure du rocher vers sa partie antérieure, à proximité, par conséquent, du trajet du nerf abducteur ; alors on peut admettre comme cause de la parésie ou de la paralysie, ou seulement une imbibition séreuse ou des modifications circulatoires collatérales dans les tissus qui entourent le nerf, provoqués par le foyer morbide de l'os. Mais dans le plus grand nombre des cas, l'existence de pareils foyers à la pointe de la pyramide ne peut pas être admise, quand on tient compte du résultat négatif de l'exploration de la partie antérieure de la fosse crânienne médiane qui a été pratiquée dans trois de mes cas typiques (Observations x, xx et xxiv) et dans le cas de Pischel (obs. ii). Pour ces cas il convient de supposer une infection à distance des pie-méninges, partie de la caisse tympanique ; et l'on peut admettre que la diffusion de pareilles infections de l'oreille moyenne à cette région méningée circonscrite, donnant lieu dans beaucoup de cas, comme nous l'avons vu, à un syndrome clinique bien défini, se fait le long de voies anatomiques préformées. Selon toute probabilité, les violentes et persistantes douleurs qui constituent un des symptômes caractéristiques de l'affection doivent être rattachées à l'augmentation de pression endocrânienne (méningite séreuse) qui fut reconnue avec certitude au moyen de la ponction lombaire dans une de mes ob-

servations XII. Il n'est pas justifié d'admettre la participation du sinus caverneux au processus morbide, auquel cas le cadre clinique prendrait une importance et une gravité bien plus grande.

La possibilité de lésions circonscrites des pie-méninge et du nerf abducteur, dont le point de départ est dans la caisse, est bien mise en lumière par mon observation suivante qui a toute la valeur d'une expérimentation sur l'homme. Ce cas n'appartient pas à la catégorie de ceux qui font l'objet du présent travail parce qu'il s'agit d'otite chronique.

OBSERVATION XXII

(GRADENIGO)

M. Ida, 40 ans. Aucune maladie antérieure importante. Premier mariage sans enfants. Son mari serait mort de phthisie. Pas d'enfants avec le second mari. Pas d'avortements et il n'y pas de raisons pour admettre la supposition d'une infection celtique antérieure. A souffert étant enfant de ses amygdales palatines et d'amygdalites récidivantes avec otites aiguës intercurrentes. On pratique l'amygdalotomie. Depuis quelques années elle accuse des troubles attribuables à l'ozène nasal. Elle ne souffre pas de phénomènes nerveux. L'affection de l'oreille gauche daterait de trois ans environ. La patiente, à la suite de l'influenza, fut atteinte d'otite moyenne aiguë à gauche ; la suppuration ne disparut pas, mais prit une forme chronique avec persistance des douleurs. Un spécialiste, constatant une fistule du conduit en haut et en arrière, conseilla une intervention opératoire qui par suite de la persistance des douleurs fut exécutée plus tard par un autre spécialiste, on ne sait pas au juste quelle opération fut faite à ce moment. Dans l'opération pratiquée plus tard par moi et dont je parlerai plus loin on a pu se rendre compte que le plan osseux mastoïdien n'avait pas été attaqué, si bien qu'il paraît vraisemblable que l'opération cette fois-là se soit bornée à décoller en arrière le pavillon de l'oreille et à pratiquer un curetage de la cavité tympanique à travers le conduit osseux. Il est certain qu'aussitôt après l'acte opératoire survint une paralysie complète du facial gauche et une parésie du droit externe de l'œil gauche avec diplopie. Il y

ent en outre pendant trois jours des vertiges et des vomissements très intenses. Selon toute probabilité, il s'agit là de lésions dans la caisse et dans la région épi-tympanique. Si les lésions du facial et du labyrinthe sont faciles à expliquer, il est plus difficile d'expliquer le mécanisme de la production de la paralysie de l'abducteur.

Après l'opération, la malade, plus que par les lésions signalées, eut à souffrir par les nombreuses brûlures faites à la face, dans la bouche, sur le haut de la poitrine par des applications locales de chloroforme. Après l'intervention, les douleurs violentes diminuèrent, mais ne disparurent pas complètement, la paralysie faciale s'atténua, mais la paralysie oculaire ne subit aucune modification. Le 19 juin 1896, la patiente fut soignée par moi pour un eczéma chronique du pavillon à gauche et pour de fortes douleurs à l'oreille de ce côté, douleurs qui disparurent avec un traitement local approprié. Vers le 24 février 1897, les douleurs se reproduisirent, toujours plus intenses, prenant la forme de névralgie de tous les rameaux du trijumeau gauche. Un point spécialement douloureux était la squame du temporal immédiatement au-dessus du pavillon. Le 22, les douleurs s'accrochèrent pendant la nuit au point de donner naissance à un véritable accès nerveux avec aphasie transitoire et spasme du facial droit. Pas de perte de connaissance, pas de phénomènes particuliers aux articulations. Pas d'élévation de température.

Le Prof. Raymond, directeur de la clinique ophtalmologique, en dehors de la paralysie du facial et de l'abducteur, ne trouva aucune modification du fond de l'œil à relever. Le Prof. Pescarolo, neuropathologiste, tend à attribuer les névralgies du trijumeau, la paralysie du droit externe gauche et l'augmentation du réflexe patellaire à des lésions de la cinquième et de la sixième paire, dans le trajet de ces nerfs à la base du crâne, et pour cette raison il croit pouvoir diagnostiquer un foyer circonscrit de pachyméningite otitique ; il n'y a pour le moment aucun symptôme en faveur de l'existence d'un abcès cérébral. Quoi qu'il en soit, on reconnaît l'urgence d'un acte opératoire, les douleurs persistant très violentes et ne sont diminuées qu'en partie par l'administration de fortes doses d'opium et de phénacétine. Le 20 février, on commence la cure d'iodure de potassium qui paraît avoir produit quelque effet calmant.

Opération radicale sur l'oreille le 22 février. Chloro-narcose. L'apophyse mastoïde mise à nu, on ne trouve aucune trace d'acte opératoire antérieur. L'os est dur et compact, il a environ un centimètre d'épaisseur. L'antre et l'aditus sont remplis de masses

cholestéatomateuses le tegment antri est détruit et la dure-mère à découvert à ce niveau ; elle est tendue, non pulsatile, mais ne présente aucune altération. La caisse est également remplie de masses cholestéatomateuses et de granulations, aucune trace des grands osselets. On enfonce par deux fois un fin trocart à travers la dure-mère à découvert, et on fait l'aspiration ; il ne sort qu'un peu de liquide séreux non fétide. Obturation plastique du conduit. Tamponnement et médication. La narcose fut laborieuse, mais sans incidents.

La malade supporta assez bien la longue chloroformisation sans vomissements et sans souffrances. Apyrexie le premier soir. Le second soir, la température s'éleva seulement à 38°. Ensuite il y eut toujours de l'apyrexie. Les douleurs réapparaissent à partir du second soir après l'opération, pour devenir rapidement de nouveau très intenses, mais pour s'atténuer de nouveau plus tard. Dès lors, il s'établit un complet bien-être. La paralysie de l'abducteur disparaît et celle du facial fut très atténuée. La suppuration cesse. De l'ouverture mastoïdienne il reste un petit canal. Trois ans après, la guérison persistait.

Ce cas est à mon avis très intéressant parce qu'il démontre qu'une paralysie de l'abducteur peut se développer à la suite d'un traumatisme grave exercé dans la caisse tympanique. La recherche opératoire, l'existence de phénomènes de pachyméningite excluse, permet d'attribuer les douleurs intenses de la moitié correspondante de la tête et la paralysie du droit externe de l'œil à un foyer de leptoméningite d'où la dure-mère à nu était en contact direct avec les masses cholestéatomateuses de l'os temporal.

L'étude des cas types permet d'exclure comme élément causal de la paralysie de l'abducteur, les complications mastoïdiennes existant dans quelques-uns des cas. Il paraît plus correct d'admettre que la lésion endocrânienne comme les complications mastoïdiennes et périsinusiennes soit liée à la gravité particulière du processus infectieux et à la rétention du pus dans la caisse tympanique qui favorisent les complications. Dans les cas ci-dessus exposés qui présentèrent le syndrome typique nous observons que souvent sont signalés des symptômes de rétention du pus. Dans quelques cas, l'otite ai-

guë se développe dans les oreilles qui étaient depuis longtemps le siège de processus morbide catarrhal avec les conséquences connues de l'épaississement de la membrane du tympan et de l'augmentation de résistance de cette membrane à la perforation spontanée. Dans d'autres cas, la gravité du processus infectieux dans la caisse tympanique est causée par la faiblesse de résistance générale de l'organisme, par exemple dans le cas où il s'agit d'un individu maladif, ozéneux ; or, nous connaissons la gravité particulière des infections tympaniques dues à l'ozène. Dans un autre de mes cas, il s'agissait d'une femme dans un état de grossesse avancée et l'on connaît également la gravité que les processus infectieux en général peuvent acquérir dans la grossesse.

Quelques-uns des cas rapportés pourraient donner lieu à cette interprétation, à savoir que la paralysie du nerf abducteur ne serait pas due directement à l'otite aiguë mais devrait être considérée comme un épiphénomène dépendant d'une infection syphilitique antérieure ; de même la guérison qu'on obtient dans quelques cas en administrant en même temps de l'iodure de potassium pourrait peut-être venir à l'appui de cette manière de voir. De telles hypothèses toutefois ne peuvent résister devant les faits suivants : dans le plus grand nombre des cas, il n'y avait aucun signe qui permit de suspecter une infection syphilitique antérieure ; plusieurs cas guérirent complètement sans qu'on ait fait aucun traitement spécifique. Enfin le tableau morbide, et principalement les douleurs, ne fut pas tout à fait influencé par l'usage de l'iodure de potassium, bien qu'il ait été employé pendant longtemps à hautes doses.

De tout cet exposé nous sommes autorisé à conclure que le tableau clinique constitué par une otite moyenne purulente, par des douleurs persistantes temporo-pariétales et par des paralysies ou parésies du droit externe est l'expression d'une leptoméningite purulente circonscrite qui, dans le plus grand nombre des cas, a tendance à guérir d'elle-même ou après des actes opératoires sur la membrane tympanique (paracentèse) ou sur la mastoïde, tendant à l'élimination de l'infection auriculaire ; que dans des cas déterminés, cette méningite peut se diffuser et causer en peu de temps la mort du malade. De là

dérive l'importance qu'il y a à faire le diagnostic de ce syndrome morbide et la nécessité de lui accorder dès le début la considération qui lui est due.

Dans l'unique cas typique (obs. xxm) où l'on eut diffusion de l'infection méningée suivie de mort (l'obs. xviii est compliquée de labyrinthite purulente), la méningite eut une localisation spinale, localisation le reste du temps signalée dans les méningites otitiques, et que moi-même j'eus à observer dans deux autres cas. Il me semble qu'une pareille localisation se rencontre spécialement dans les cas où le processus morbide a une marche trompeuse et prolongée de sorte que les patients passent souvent leurs journées hors du lit, debout. La position droite du corps favoriserait l'infection des méninges dans la portion la plus déclive de la cavité cérébro-spinale.

IV

LES SUPPURATIONS DU LABYRINTHE (1)

Par **BRIEGER** (Breslau).

On groupe sous la désignation de suppuration du labyrinthe les processus par lesquels la suppuration s'établit dans une partie du labyrinthe seulement ou envahit le labyrinthe en totalité.

Des perforations dans le canal osseux horizontal, existant en même temps qu'une suppuration de l'oreille moyenne, sont à considérer comme fistules et ne rentrent dans le groupe des suppurations du labyrinthe que si elles conduisent vers un foyer de suppuration dans le labyrinthe. Des perforations, des déhiscences physiologiques, des érosions superficielles, n'atteignant pas la cavité périlymphatique, des cellules osseuses situées dans la paroi du canal osseux et participant à la suppuration de l'oreille moyenne, peuvent donner le change avec des vraies fistules du labyrinthe. Des inflammations circonscrites dans le voisinage immédiat d'une fistule ne peuvent pas non plus être considérées comme appartenant au labyrinthe.

PATHOGÉNIE DE LA SUPPURATION LABYRINTHIQUE

Les suppurations du labyrinthe sont toujours secondaires à une suppuration qui est, soit en rapport immédiat avec la cavité du labyrinthe (cavité arachnoïdale), soit dans le voisinage (oreille moyenne, ou paroi externe de la dure-mère).

(1) Rapport présenté au Congrès international d'otologie, Bordeaux, 1-4 août 1904.

Par l'ouverture traumatique du labyrinthe, une suppuration primaire du labyrinthe peut se développer à la suite de l'invasion des microorganismes venant de l'oreille moyenne, pendant que les cavités de l'oreille moyenne restent indemnes ou suppurent seulement secondairement. La participation du labyrinthe à une méningite primaire ou autre n'a, pour le moment, qu'un intérêt anatomo-pathologique. On a vu quelquefois des abcès extraduraux faire irruption dans le labyrinthe intact par le canal vertical supérieur. Mais en pratique, seule a de l'importance la propagation de la suppuration de l'oreille moyenne dans le labyrinthe.

Le labyrinthe peut être atteint par toute otite moyenne suppurée aiguë ou chronique. Généralement la suppuration du labyrinthe est, du même type que la suppuration primaire de l'oreille moyenne (processus analogues dans le labyrinthe, dans l'otite scarlatineuse, participation à la formation de cholestéatomes). Dans la tuberculose de l'oreille moyenne, ce n'est pas toujours le processus spécifique qui gagne le labyrinthe. Par la porte d'entrée, créée par la tuberculose, l'infection mixte peut se propager au labyrinthe et provoquer la suppuration du labyrinthe.

La suppuration du labyrinthe succède généralement à une otite moyenne suppurée chronique. Elle peut être provoquée par toute espèce de microorganismes pyogènes qui se trouvent dans l'otite suppurée. La porte d'entrée pour la suppuration du labyrinthe n'est pas constituée par une communication physiologique préexistante entre le labyrinthe et l'oreille moyenne, mais par formation d'un trou de communication du côté de l'oreille moyenne. Cette communication peut être établie par un traumatisme.

Une lésion de la membrane fenêtrée est plus propice pour créer l'infection du labyrinthe que le traumatisme des canaux circulaires. Les suppurations de l'oreille moyenne se propagent le plus souvent par la fenêtre ovale et le canal horizontal dans le vestibule. Même si l'étrier est conservé et que la platine de l'étrier soit intacte, le labyrinthe est accessible par la fenêtre vestibulaire à la suite de perforation du ligament annulaire, d'un déplacement de la platine de l'étrier, etc.

Le promontoire est généralement perforé de façon à permettre une communication macroscopiquement visible entre l'oreille moyenne et le limaçon seulement dans les cas de cholestéatome ou de tuberculose. Au niveau du promontoire, l'inflammation, surtout dans les cas aigus, peut se continuer par l'os et constituer ainsi une propagation de l'inflammation vers le labyrinthe qui est seulement reconnaissable au microscope.

La communication entre le labyrinthe et les cavités de l'oreille moyenne peut s'établir simultanément sur plusieurs points. Toutefois chaque communication n'indique pas une voie par où la communication de l'oreille moyenne vers le labyrinthe a eu lieu ; il se peut qu'une suppuration du labyrinthe, consécutive à une otite suppurée directement ou indirectement par l'intermédiaire d'un abcès extradural, fasse de son côté une perforation secondaire dans l'oreille moyenne.

Des ouvertures physiologiques dans la capsule du labyrinthe, des déhiscences dans le canal horizontal, sont, plus rarement toutefois, disposées pour la propagation de la suppuration vers le labyrinthe, que des communications créées par traumatisme entre le labyrinthe et les cavités de l'oreille moyenne, siège de la suppuration.

LOCALISATION DE LA SUPPURATION DANS LE LABYRINTHE

La suppuration se propage avec une vitesse variable de son point d'entrée à travers les cavités du labyrinthe. Elle peut se cantonner relativement longtemps sur un endroit. Dans les cas aigus, la généralisation de la suppuration se fait plus vite que dans les cas chroniques. La suppuration ne suit pas une règle fixe, comme par exemple limitation de la suppuration vestibulaire à l'exclusion de celle du limaçon ou inversement.

On reconnaît par l'examen anatomique que la suppuration du labyrinthe se fait par propagation successive ; sur le même labyrinthe, les différentes parties montrent un aspect anatomique différent. Ces différences ne correspondent pas toujours seulement à des périodes différentes du processus.

La séparation de la partie qui est atteinte la première est effectuée par des barrières de granulations, conformément à la tendance à la formation de granulations. Cette disposition semble favorisée dans les canaux circulaires par l'existence de fibrilles qui se trouvent dans la cavité périlymphatique.

Si la suppuration se propage de l'oreille moyenne vers le labyrinthe, la cavité périlymphatique est prise principalement; si le labyrinthe participe à une méningite suppurée, l'espace endolymphatique paraît plutôt rempli de pus.

SYMPTOMES DE LA SUPPURATION DU LABYRINTHE

Il faut distinguer entre les symptômes vrais de l'affection du labyrinthe, différents d'après l'endroit du labyrinthe atteint, et les autres symptômes qui sont provoqués dans d'autres organes en communication ou au voisinage du labyrinthe. Ces derniers symptômes dépendent surtout de l'irritation de la cavité arachnoïdienne : symptômes méningés de la labyrinthite suppurée (méningite séreuse).

Les symptômes de la labyrinthite suppurée et les soi-disant phénomènes labyrinthiques dans les otites moyennes suppurées ne peuvent généralement être différenciés que par l'effet d'une opération limitée sur les cavités de l'oreille moyenne. Ces derniers symptômes peuvent persister si longtemps sans danger et se dissiper si bien sans laisser de trace, qu'on ne peut pas admettre qu'ils soient l'expression d'une affection, si bénigne soit-elle, du labyrinthe. On ne peut les considérer comme signe d'irruption menaçante que conditionnellement, mais pas avec certitude.

L'irruption du labyrinthe ne se marque pas nécessairement dans l'aspect clinique de l'otite moyenne. Parfois, surtout dans l'otite aiguë, elle se manifeste par l'apparition brusque de phénomènes méningitiques.

La température n'est pas sensiblement influencée, même dans ces cas, par le commencement de la suppuration labyrinthique. L'apparition brusque de la suppuration labyrinthique peut être indiquée par un collapsus avec température

inférieure à la normale. Dans le décours d'une labyrinthite suppurée chronique, parfois il y a de la fièvre, probablement due à une rétention de pus.

Toutes les fonctions du labyrinthe ne sont pas toujours troublées en même temps. Les troubles statiques qui sont les plus nets et les premiers en compte, sont suivis, conformément à la marche progressive de la suppuration dans le labyrinthe, mias parfois très lentement, par des troubles acoustiques. Inversement quand la suppuration rétrocede, les troubles statiques disparaissent progressivement avant les troubles acoustiques.

a) *Phénomènes acoustiques.* — Si le pus fait irruption dans le vestibule, le pouvoir auditif peut persister plus ou moins longtemps avant de s'affaiblir. Mais si la suppuration continue, ou si le vestibule a été ouvert par un acte opératoire, il se développe, d'après mon expérience, une surdité complète et persistante. En faisant l'épreuve de Weber, on trouve qu'au début de la suppuration du labyrinthe le son est latéralisé, souvent mais pas toujours, du côté de l'oreille saine.

b) *Troubles de l'équilibre.* — Les troubles de l'équilibre peuvent manquer non seulement quand le limaçon est atteint seul, mais aussi quand la suppuration a atteint les canaux circulaires et les ampoules. Le vertige se présente sous différents aspects : spontané et continu ou seulement quand les yeux sont dirigés d'un côté ou dans n'importe quelle direction, dans les mouvements actifs ou passifs de la tête ou du corps entier, etc. Dans le décubitus dorsal, continuellement maintenu, les troubles labyrinthiques diminuent ou disparaissent.

Généralement le vertige s'accompagne de nystagmus. Subjectivement on ressent souvent les tremblements du globe de l'œil, d'une rapidité et d'un rythme variable et parfois isochrones avec le pouls.

Quand le canal horizontal est lésé, le nystagmus se montre généralement quand le malade regarde du côté sain. Par le sondage d'une fistule canaliculaire, le nystagmus se modifie de façon à ce que les mouvements des yeux persistent dans le sens d'un nystagmus horizontal (sans aucune fixation pendant la durée de l'augmentation du vertige). Le même phénomène

se montre si une affection préalablement localisée sur un canal circulaire se généralise sur tout le labyrinthe, après la trépanation ou après irruption d'une otite moyenne aiguë.

La ponction lombaire et l'extraction du liquide cérébrospinal peut passagèrement guérir le vertige et le nystagmus.

c) *Symptômes méningés.* — La suppuration du labyrinthe peut présenter ou en permanence, ou passagèrement, ou par poussées récidivantes, les phénomènes d'une méningite séreuse. Pareillement se montrent des paralysies des muscles de l'œil ou des troubles dans le fond de l'œil.

DIAGNOSTIC DE LA SUPPURATION DU LABYRINTHE

Dans la plupart des cas, même si le tableau symptomatique est absolument caractéristique, le diagnostic se fait par exclusion, quand les phénomènes labyrinthiques ne disparaissent pas après la trépanation ou quand ils se développent à sa suite. Dans la suppuration aiguë, la brusque apparition des symptômes labyrinthiques permet plutôt le diagnostic d'une affection du labyrinthe, si les autres complications peuvent être éliminées.

L'examen otoscopique n'est utilisable pour le diagnostic que dans les cas de nécrose du labyrinthe ou de carie tuberculeuse : forte poussée de granulations, avec fétidité persistante de la sécrétion, démonstration d'un séquestre ou d'une fistule labyrinthique.

Après la trépanation, le diagnostic est facilité par la reconnaissance de fistules que l'on peut suivre, dans chaque cas, jusqu'à l'intérieur du labyrinthe. Les déhiscences se différencient des fistules par leur forme plus régulière : une ouverture en canalicule sera une déhiscence plus probablement qu'une fistule. L'altération de la coloration du canal circulaire ne plaide pas forcément pour une suppuration à l'intérieur.

Après ouverture du labyrinthe, on reconnaîtra la suppuration moins par la sortie assez parcimonieuse du pus que par l'existence de granulations. La sortie de la périlymphe est très variable, et peut même manquer dans les suppurations chroniques.

TERMINAISONS DE LA SUPPURATION DU LABYRINTHE.

PRONOSTIC.

La suppuration du labyrinthe peut guérir spontanément par formation d'un tissu de granulation et d'un tissu osseux. Cette tendance à la guérison spontanée se manifeste aussi par la formation suivant les régions, tantôt de granulation, tantôt d'os nouveau même quand la suppuration continue ou augmente.

Cette tendance se manifeste le mieux dans la suppuration chronique du labyrinthe, surtout quand la marche de la suppuration est lente. La suppuration du labyrinthe à la suite d'otite aiguë montre une tendance relativement plus grande à gagner la cavité arachnoïdale, plus en rapport avec la généralisation plus rapide du processus dans le labyrinthe.

La suppuration du labyrinthe est plus dangereuse quand la communication avec l'oreille moyenne est étroite et facilement imperméable, que dans les cas avec large communication. La difficulté de l'écoulement de la sécrétion est dans ce cas moins importante que le changement des conditions d'existence des microbes pyogènes. Des bactéries relativement inoffensives dans l'oreille moyenne peuvent, sous l'influence d'une anérobiose relative ou absolue dans le labyrinthe, acquérir une virulence exagérée. Des guérisons après séquestration de parties plus ou moins grandes ont été observées, surtout après la scarlatine et moins souvent après la tuberculose.

L'issue fatale dans la labyrinthite suppurée est causée le plus souvent par la méningite suppurée, plus rarement par abcès du cervelet et thrombose du sinus.

L'espace périlymphatique et la cavité arachnoïdale peuvent rester en communication libre, non interrompue, sans qu'une méningite suppurée suive la suppuration du labyrinthe. La pie-mère et l'arachnoïde opposent une résistance relativement grande aux microbes venant du labyrinthe. Elles ne réagissent pas à la suite de l'infection par la suppuration du labyrinthe avec une méningite suppurée, elles sont plus souvent atteintes

par des inflammations légères, guérissables ou parfois récidivantes.

Les collections suppurées dans le sac endolymphatique font partie d'une suppuration diffuse de l'espace périlymphatique et c'est par cette relation, et non par elles-mêmes, qu'elles occasionnent le danger d'une méningite suppurée.

La suppuration du labyrinthe à la suite de l'otite moyenne tuberculeuse peut amener une méningite suppurée, si dans le pus il y a des germes de l'infection mixte. La tuberculose du labyrinthe est guérissable en totalité ou en partie. De même que la méningite suppurée ne suit pas toujours une suppuration du labyrinthe, de même la tuberculose du labyrinthe ne s'accompagne pas toujours de méningite tuberculeuse.

Le pronostic de la labyrinthite suppurée est, en raison de la tendance vers la guérison spontanée et la résistance de l'arachnoïde et la pie-mère, en général assez bon, si, en particulier, chaque cas est douteux.

TRAITEMENT DE LA LABYRINTHITE SUPPURÉE.

La trépanation totale peut amener la guérison spontanée de la suppuration du labyrinthe. Mais les cas ne sont pas rares où des suppurations du labyrinthe, latentes jusqu'à l'opération, deviennent manifestes après l'acte chirurgical et évoluent vers la méningite terminale. La trépanation radicale, si elle s'arrête devant un labyrinthe suppuré, peut rendre le cas plus grave qu'il n'a été jusqu'alors. Les indications pour l'ouverture du labyrinthe malade demandent à être plus exactement fixées sur la base d'une expérience plus grande. D'après notre opinion actuelle, l'ouverture du labyrinthe paraît indiquée.

— Dans l'otite moyenne suppurée aiguë :

Si dans le décours d'une otite moyenne, avec un changement prononcé de l'état général, apparaissent des phénomènes de collapsus ou une augmentation de la température, des troubles graves de l'équilibre se manifestant à presque chaque

changement de position avec nystagmus et surdité rapidement progressive ou surdité complète ;

Si en présence de symptômes labyrinthiques paraissent des phénomènes méningitiques, quel que soit le résultat de la ponction lombaire ;

Une restriction est à faire pour la suppuration postscarlatineuse, où en raison de la rareté relative d'une méningite mortelle secondaire, l'expectation est permise.

— Dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne.

a) Il n'existe pas d'altérations visibles par les cavités de l'oreille moyenne :

Si après la trépanation totale paraissent des troubles graves de l'équilibre à presque chaque changement de position, la cavité opératoire restant normale, ou si ces troubles existant déjà persistent sans changement après l'opération, ou si ils augmentent à la suite de l'opération ou après une courte amélioration et si le nystagmus augmente en même temps ou modifie le type. Cette indication devient pressante si l'examen fonctionnel se modifie d'une façon caractéristique et si des symptômes de méningite s'y ajoutent.

Il faut ouvrir le labyrinthe immédiatement après la trépanation totale si, avec les symptômes que nous venons de mentionner, le résultat de la ponction lombaire est positif, c'est-à-dire si, au liquide cérébro spinal, sont mélangés des éléments du pus.

b) Il y a une fistule labyrinthique :

Si après la décharge d'une fistule du canal horizontal par la trépanation totale, les symptômes graves du labyrinthisme continuent ;

Si la coexistence de plusieurs fistules, qui toutes conduisent dans les cavités du labyrinthe, démontre la présence d'une suppuration étendue du labyrinthe ; si après la découverte des foyers endocrâniens de suppuration (abcès extradural profond, empyème du sac endolymphatique, abcès du cervelet), leur communication avec le labyrinthe est démontrée.

Les contre-indications de l'ouverture du labyrinthe n'entrent pas en compte si le diagnostic est exactement posé : L'ouverture opératoire d'un labyrinthe normal à la suite d'un dia-

gnostic erroné est beaucoup moins dangereuse que la communication accidentellement provoquée entre le labyrinthe et les cavités de l'oreille moyenne au cours d'une trépanation totale. Il faut s'occuper aussi peu du facial, dans les cas de labyrinthite suppurée authentique, que du pouvoir auditif. Une paralysie faciale permanente est inévitable. Le pouvoir auditif se perd plus ou moins dans les cas non opérés et même spontanément guéris.

La coexistence de complications endocrâniennes est une raison de plus d'attaquer le labyrinthe. Dans la méningite suppurée d'origine labyrinthique, seule l'ouverture du labyrinthe, en même temps que les autres interventions dirigées contre la suppuration, donne des chances de guérison.

Méthode pour ouvrir le labyrinthe.

Dans l'état actuel de nos connaissances, le but du traitement, autant que l'élimination complète du foyer de suppuration, n'est pas possible ; il consiste à transformer l'empyème fermé, qui ne communique pas du tout ou très mal, par des fistules, avec les cavités de l'oreille moyenne, dans la modalité plus bénigne de la suppuration ouverte du labyrinthe. L'ouverture du labyrinthe sera suivie de l'ablation de séquestres, des cholestéatomes.

On procède à l'ouverture du labyrinthe, s'il n'existe pas de fistules, par les endroits où les irrutions de l'oreille moyenne dans le labyrinthe sont les plus fréquentes. Correspondant au rôle que jouent dans l'aspect clinique les troubles statiques, on commence généralement l'ouverture par le canal horizontal. Dans la plupart des cas, il faudra ajouter une large ouverture du vestibule par excision de l'étrier et agrandissement de la fenêtre vestibulaire si on reconnaît l'existence d'une suppuration vestibulaire.

L'ouverture du canal circulaire seule n'est pas toujours suffisante, comme les examens anatomiques le prouvent, pour drainer tout le labyrinthe vers l'oreille moyenne. Si les symptômes labyrinthiques ne disparaissent pas après l'ouverture du vestibule et si l'examen fonctionnel dénote une altération plus ou moins complète du limaçon, il faut ajouter l'ouverture du limaçon par le promontoire. S'il existe des fistules entre le

promontoire et le limaçon, cette ouverture s'impose *a priori*. Le danger de blesser la carotide est évitable.

En présence d'un abcès extradural profondément situé dans la paroi postérieure du rocher, et d'un abcès du cervelet, si leur relation avec le labyrinthe est reconnue pendant l'opération, on peut ouvrir le vestibule par derrière après avoir abattu le canal supérieur et, s'il est nécessaire, le canal vertical inférieur. Ici, à part le danger d'une lésion du sinus pétreux supérieur, la possibilité de blesser le golfe de la veine jugulaire est à considérer.

Le choix de l'instrument pour l'ouverture du labyrinthe (gouge, fraise, etc.) est indifférent. L'application d'adrénaline facilite l'examen de la paroi du labyrinthe, surtout dans la région des fenêtres.

Les soins consécutifs ne sont pas modifiés par le fait de l'ouverture du labyrinthe et restent, sans modifications, les mêmes qu'après chaque trépanation totale. Pour maintenir les cavités du labyrinthe largement ouvertes il est légitime d'employer le drainage (tamponnement léger). En cas de cholestéatomatose, la transplantation immédiate sur les parois largement ouvertes du labyrinthe est admissible.

Résultat de l'opération : Si l'altération de l'arachnoïde le permet, une guérison complète est possible ; parfois on voit un arrêt temporaire, même dans le cas d'une méningite suppurée bien établie. Dans les cas qui guérissent, les troubles de l'équilibre disparaissent plus lentement et plus tard que le nystagmus qui accompagne ces troubles. Le pouvoir auditif se perd dans la grande majorité des cas ou tout de suite après l'ouverture du labyrinthe ou plus tard ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ La bibliographie détaillée sur ce travail sera publiée dans les comptes rendus du Congrès.

TECHNIQUE DE L'OUVERTURE DES ABCÈS OTOGÈNES ET SOINS CONSECUTIFS

Par le Professeur **E. SCHMIEGELOW** (Copenhague) ⁽¹⁾

Avant de nous occuper de l'étude technique du traitement opératoire des abcès otogènes du cerveau, il nous faut dire quelques mots de la très importante question du « lieu » où on doit s'attendre à rencontrer dans l'encéphale ces abcès otogènes. Pour trouver l'abcès il convient avant toute chose de préciser autant que possible l'endroit où le crâne doit être ouvert.

Si la position de ces abcès dans la boîte crânienne et l'étendue de l'espace qu'ils y occupent étaient toujours facile à reconnaître, si, en toutes circonstances on pouvait dire: « ici nous avons affaire à un abcès du cerveau, là nous ne pouvons douter qu'il s'agisse d'un abcès cérébelleux », le côté technique ou traitement opératoire serait assurément plus simple qu'il ne l'est en réalité. Malheureusement, les choses se passent d'une manière tout à fait différente, car le plus souvent les abcès de l'encéphale donnent lieu à des symptômes si indistincts, si vagues et si variables qu'en beaucoup de cas on doit se contenter de suppositions en faveur d'un abcès encéphalique. Quant à décider si cet abcès se trouve dans le cerveau ou dans le cervelet, ce n'est que dans un petit nombre de cas qu'on peut avoir quelque certitude. Il arrive même souvent, que les symptômes font supposer au chirurgien la

⁽¹⁾ Rapport présenté au Congrès international d'otologie, Bordeaux, 4-4 août 1904.

présence d'un abcès dans le lobe temporal, tandis qu'en réalité on le rencontrera dans le cervelet et *vice versa*.

Je me contenterai de citer à titre d'exemple que, sur 18 cas où j'ai eu l'occasion de traiter des abcès du cerveau, 13 seulement ont été diagnostiqués, tandis que dans les 5 autres, on ne put constater l'abcès que par l'autopsie.

Dans ces 13 cas, il s'agissait de malades chez lesquels les signes d'abcès cérébraux étaient plus ou moins accusés, tandis que le diagnostic du siège de l'abcès était extrêmement incertain. Seulement chez huit de ces malades, un abcès fut évacué par une opération, tandis que l'opération n'aboutit pas au drainage de l'abcès de cinq autres.

Néanmoins, il est un état de chose qui caractérise l'abcès otogène de l'encéphale et circonscrit considérablement la région dans laquelle on doit le chercher et dont nous devons la connaissance à *Körner*. C'est, en effet, surtout par O. Körner qui, déjà en 1889, le signala à l'attention des chirurgiens (*Arch. f. Ohrenheilkunde*, vol. XXIX, 1890, p. 19) que nous savons que, contrairement aux opinions antérieurement soutenues, un nombre très considérable d'abcès encéphaliques otogènes ont été localisés près du siège des affections primitives de l'os temporal; et il n'a pas été rare de constater sa communication directe avec cette lésion. C'est pourquoi en cette époque déjà, Körner recommandait comme procédé le plus pratique et le mieux approprié, de débiter par une ouverture dans le foyer primaire du temporal, d'explorer par là les régions cérébrales environnantes : le lobe temporal en remontant, le cervelet d'avant en arrière en élargissant la plaie de résection autant que nécessaire se peut pour se frayer un libre accès à la région encéphalique dans laquelle l'expérience indique qu'on doit rechercher l'abcès otogène au cerveau.

Comme il est dit plus haut, il est dans la plupart des cas impossible de savoir d'avance s'il s'agit d'un abcès temporal ou d'un abcès cérébelleux. Ce que nous savons, c'est que cérébral ou cérébelleux, cet abcès est situé près du foyer morbide de l'os temporal, et nous devons conduire nos opérations de façon à procéder systématiquement dans ce sens toutes les fois que nous soupçonnons un abcès du cerveau.

Dans ce cas, il faut commencer par drainer le foyer primaire du temporal, puis inciser le lobe temporal ; après quoi, on explorera la cavité crânienne postérieure pour aller à la recherche de l'abcès dans l'hémisphère cérébelleux.

Avant 1890, on cherchait l'abcès encéphalique en trépanant le crâne en un point assez éloigné de l'oreille moyenne, la partie affectée de l'os temporal, n'étant que plus tardivement l'objet de l'attention. Aujourd'hui, c'est le contraire, on commence par attaquer la cause de l'abcès encéphalique, c'est-à-dire la carie primaire de l'os temporal et ce n'est qu'ensuite qu'on se fraye une voie d'approche vers l'abcès du cerveau.

On trouve des exceptions, dont voici un exemple : Il y a une douzaine d'années, je traitais un homme affecté d'une suppuration aiguë de l'oreille moyenne compliquée d'un abcès épidual. Je vins à l'ouvrir en même temps que je faisais la résection mastoïdienne. Après cela, la suppuration cessa et le patient fut congédié, son tympan était guéri et l'ouïe redevenait normale. Je perdis de vue ce patient, mais quelques mois après j'apprenais qu'il était mort dans le coma à l'hôpital de l'Université Frédéric et que l'autopsie avait fait découvrir dans le lobe temporal un abcès gros comme un œuf de poule. Si en temps opportun on avait pu constater que le cerveau était affecté on l'aurait trépané en dessus et un peu en arrière du conduit auditif à travers la partie squameuse de l'os temporal, et le traitement eût été le même que celui qu'on emploie dans des cas analogues relativement rares, où il est question d'opérer un abcès encéphalique après guérison de la suppuration primaire de l'oreille moyenne.

La narcose est nécessaire, mais elle peut occasionner un danger, qu'on ne doit pas négliger et qui menace la vie du malade. Il faut donc être très prudent, quand il s'agit d'endormir en pareil cas. J'ai personnellement constaté 3 cas de mort survenus pendant l'application des anesthésiques et avant qu'on eut évacué l'abcès de l'encéphale : 1) une femme de 27 ans. 2) une femme de 25 ans. 3) un homme de 17 ans. Dans ces 3 cas, il s'agissait d'un abcès cérébelleux, bien que pour l'une de ces deux femmes le diagnostic ne fut pas absolument certain faute d'autopsie. Dans les 3 cas, la mort fut

due à la paralysie de la respiration, bien que le cœur ne cessât pas de fonctionner, et que le jeu des poumons fut entretenu artificiellement. Cette respiration artificielle dura une vingtaine de minutes avant la cessation des battements du cœur chez les deux patientes, tandis que dans le troisième cas, traité par le professeur E. Fscherning, elle se prolongea durant dix-neuf heures avant que le cœur eut cessé de battre. On trouve de pareilles observations relatées dans la littérature médicale : Macewen, A. E. Barker, Dyce Duckforth, Hoffer et Fliess, ainsi que Beck. C'est le plus souvent en cas d'abcès cérébelleux que l'anesthésie a entraîné la paralysie subite du centre respiratoire. Dans deux cas de Dyce Duckforth, il s'agissait d'un abcès temporal.

Si on demande quelle chose peut être tentée pour prévenir ces cas de mort subite pendant l'anesthésie, la réponse restera complètement négative. Ce qui amène cette catastrophe, c'est certainement l'augmentation de la pression que l'abcès encéphalique exerce sur les tissus cérébraux environnants. Il y a probablement expansion aiguë des ventricules du cerveau par une sécrétion séreuse. Ce n'est pas par sa nature même que l'abcès cause ces paralysies de la respiration, car il y a des cas observés d'hémorragie subcorticale dans le cerveau, aussi bien que des tumeurs du cervelet, qui peuvent produire le même effet sur le centre respiratoire.

Cette paralysie du centre respiratoire pourrait être attribuée à la nature des anesthésiques employés, mais l'expérience montre que ce résultat est amené par l'emploi tant du chloroforme que de l'éther. Dans l'un de mes cas, j'ai employé du chloroforme et dans l'autre j'employai l'éther.

En pareille circonstance on a tout essayé pour ranimer le centre de la respiration, mais on n'a pas réussi. La faradisation du nerf phrénique a été tentée, on a pratiqué la respiration artificielle, employé les inhalations d'oxygène, fait la trachéotomie, etc.

Le moyen le plus rationnel qui consiste à ouvrir l'abcès encéphalique est difficile à appliquer, lorsque simultanément il faut employer les procédés ordinaires pour entretenir artificiellement la respiration. Dans les cas de Barker, l'abcès céré-

bellex fut évacué, alors que la respiration était paralysée depuis une heure, le patient mourut quand même. En vue des succès, il faudrait pouvoir entretenir la respiration artificielle à l'aide d'une canule trachéale, tandis que l'opérateur pourrait ainsi à son aise continuer la trépanation. On ne doit pas employer la narcose quand le malade est dans le coma.

Une fois que le patient est endormi, on lui rase toute la moitié du crâne correspondant à l'oreille affectée, et on lave cette région ainsi préparée, au savon à l'alcool et au sublimé corrosif solution au 1/1000.

On procède ensuite comme d'ordinaire, à l'ouverture totale de l'oreille moyenne, en ouvrant d'abord l'antre mastoïdien par la résection du processus mastoïdien, et enlevant ensuite la totalité de la paroi postérieure du conduit auditif, ainsi que le marteau et l'enclume.

Quand il y a suppuration aiguë de l'oreille moyenne on pourrait à la rigueur se contenter d'enlever simplement le processus mastoïdien conformément au procédé de Schwartze, mais je crois que même en pareil cas le plus sûr est de faire la résection totale de l'oreille moyenne. J'ai traité en effet plusieurs malades pour suppuration aiguë de l'oreille moyenne, et malgré l'ouverture simple de l'antre mastoïdien, ils continuaient à présenter des symptômes de rétention, dont le point de départ était la partie supérieure de la caisse. Plus tard, ces malades finirent par présenter des complications endocrâniennes secondaires qui réclamèrent non seulement la trépanation de la fosse même, mais encore la résection complète de l'oreille moyenne.

La mise à nu de l'oreille moyenne facilite énormément l'accès des fosses moyenne et postérieure du crâne ; car, en élargissant dans le haut on peut pousser jusqu'au fond de la fosse endo-crânienne moyenne, et si l'on poursuit d'avant en arrière, on dénude la dure-mère du cervelet.

En général, on commence par ouvrir la fosse cérébrale moyenne en débutant par la mise à nu de la dure-mère. On dénude un petit point avec un ciseau et immédiatement après on élargit cette ouverture au moyen d'une pince coupante de Luer de Jansen ou d'un instrument semblable. On doit avoir

soin d'enlever entièrement la partie supérieure du méat auditif, ainsi que la voûte du tympan jusqu'au labyrinthe. Comme l'abcès du lobe temporal se trouve généralement contigu au foyer de carie de l'oreille moyenne, on atteindra le plus fréquemment l'abcès en incisant la dure-mère à partir du plus bas point de la fosse crânienne moyenne et de bas en haut.

Qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de pulsation dans l'encéphale, on aura beau palper au-dessus de la dure-mère, cette manœuvre ne révélera rien de positif au sujet de la présence ou de l'absence d'un abcès; car il peut y avoir abcès malgré la vivacité de pulsations qu'on sent dans le cerveau, et cette pulsation peut être nulle dans des cas où il n'y a pas abcès: la pression intra-durale pourrait, par exemple, s'accroître par l'effet d'une méningite séreuse ou d'une hydrocéphalie aiguë.

C'est pourquoi dans tous les cas on devra, tout d'abord, dénuder la dure-mère du lobe temporal sur une étendue moyenne d'au moins quatre centimètres, puis faire à celle-ci une incision cruciale. Il arrive alors ce qui s'est présenté pour deux de mes cas, c'est-à-dire que le tissu cérébral qui recouvre l'abcès est refoulé par l'incision de la dure-mère, fait hernie, éclate, et l'abcès se décharge. Mais quand cet abcès occupe des couches plus profondes on ne peut le découvrir qu'en explorant par voie d'incision. On peut, sans qu'il en résulte pour le malade aucun désagrément, pratiquer une série d'incision dans le lobe temporal, perpendiculairement à la surface de ce lobe et jusqu'à des profondeurs de 3 à 4 centimètres. Je donne d'emblée la préférence aux incisions faites à l'aide d'un bistouri étroit et pointu, au lieu des sondages par ponction au moyen de trocars qui sont facilement obstrués par les tissus cérébraux ou par des matières cailloteuses contenues dans l'abcès.

Une fois que l'abcès est trouvé, on peut en évaser l'orifice à l'aide d'une pince de Lister, on y introduit un gros drain, puis on fait le pansement à la gaze iodoformée stérile.

Dans le *Zeits f. Ohrenheilkunde*, vol. XXXVII, p. 213, 1900, Preysing recommande fortement de ne drainer les abcès temporaux que par incision du tegmen tympanique, tandis qu'on a dans ces dernières années (Hammerschlag: *Monats.*

f. Ohrenh., vol. XXXV, p. 1, 1901, et Körner : *Die eitrige Krankheiten des Hirns*, etc., 3^e édition, 1902), trouvé que la meilleure méthode, la plus sûre, celle qui donne les meilleurs résultats curatifs, consiste à ouvrir l'abcès temporal par deux côtés à la fois, c'est-à-dire la voûte du tympan et l'antre, et, par la partie squameuse de l'os temporal. Körner dit : (*ibid.*, p. 1902) que la guérison a été obtenue en 84, 6 % des cas d'abcès temporaux ou l'on a opéré par la méthode combinée, c'est-à-dire en ouvrant l'abcès simultanément par chacune de ces régions, tandis que si l'on se contente de n'ouvrir que par la paroi externe, le nombre des guérisons n'est plus que de 41, 4 %, et que la simple incision par la voûte du tympan, donne 58, 8 %.

Après avoir exploré le lobe temporal, on passe à la fosse postérieure du crâne ; on commence par dénuder le sinus transverse, à l'aide du ciseau et des pinces tranchantes sur la plus grande étendue possible. Trouve-t-on cette partie saine ? on l'abandonne à elle-même. Est-elle malade, trombosée ? Il faut y faire des incisions, la vider de son contenu, lier la jugulaire, etc., en recourant à la manière reconnue aujourd'hui comme la meilleure et sur laquelle je ne m'étendrai pas davantage ici.

On dénude ensuite la partie squameuse de l'os occipital au-dessous du sinus transverse, manière impraticable, si on ne recourt pas à une incision dans les parties molles, pratiquée perpendiculairement à la première incision d'avant en arrière. On peut alors se servir d'une pince coupante, mettre à nu la dure-mère jusqu'au torcular, et en avant, dans la direction du foramen jugulaire, après quoi l'on incise la dure-mère en dessous du sinus transverse. Puis on fait une incision exploratrice dirigée en dedans et en avant jusqu'à 3 et 4 centimètres de profondeur. Si l'on rencontre un abcès, on lui applique le même traitement par drainage que celui qui a été décrit à propos de l'abcès temporal. De cette manière on ouvre aisément les abcès cérébelleux situés latéralement. Mais pour atteindre ceux qui sont placés à la partie médiane et en avant, abcès qui sont tous causés par une suppuration du labyrinthe, il faut s'en frayer l'accès en enlevant la base du rocher. Je crois

qu'en procédant ainsi on a une facilité plus grande pour aborder les abcès médians qu'en opérant comme le propose Beck (voir V. Lossen : *Beiträge zur Diagnose in Therapie der Klenihirnabcessen* ; *Beiträge zur Klin Chirurgie*, 1903, 39 vol., p. 804). Sa méthode consiste à soulever avec une spatule la partie latérale au cervelet à partir de la base du crâne, puis à pénétrer jusqu'à la surface inférieure et la plus antérieure du cervelet atteignant presque la ligne médiane.

Quand on a ouvert l'abcès du cervelet, à partir de l'os temporal carié, on peut procéder comme au cas d'abcès temporal du cerveau et continuer. On peut le drainer en ménageant encore une ouverture dans la paroi externe du crâne, car on en obtient les meilleurs résultats pour la guérison. La statistique de Körner (*ibid.*, p. 192), donne 66, 6 % de guérison, quand les abcès du cervelet subissent le double drainage, 56, 5 % pour un simple drain traversant l'os temporal affecté, et seulement 40, 9 %, si l'on se contente de drainer à travers la paroi externe du crâne.

En ce qui concerne le traitement après l'opération, on n'a qu'à placer un gros drain et panser avec de la gaze iodoformée stérile qu'il faut renouveler souvent autant que l'exige la production purulente de la cavité de l'abcès et des régions qui l'environnent.

Parfois il survient de nouveaux phénomènes de compression cérébrale due à ce que le drain est expulsé, ou bien qu'en outre de l'abcès incisé il s'en trouve un autre à une plus grande profondeur, lequel n'a pas été ouvert.

Dans le premier cas les symptômes de rétention cessent quand on remet le drain en place, et dans l'autre cas, il faut faire de nouvelles incisions pour tâcher de découvrir le second abcès. — Le *prolapsus du cerveau* peut se produire après que l'abcès est ouvert ; c'est un signe d'augmentation de la pression intradurale attribuable à la formation d'un *second abcès* ou au progrès d'une *encéphalite*, ou à une *hydropisie aiguë du ventricule*, à une exsudation séreuse aiguë du cerveau.

S'agit-il d'une hydropisie ventriculaire aiguë, on peut imiter le procédé de Stenger (*Berliner Kl. Wochench*, 1901, p. 292), en vidant les ventricules par une ponction lombaire à la-

quelle il faut, suivant V. Beck et Oppenheim (voir *Beitrag* *Kl. Chir.*, 1903, p. 804), moins se fier qu'à la ponction directe des ventricules, car un grand abcès du cervelet peut obturer la communication de la moelle épinière avec le cerveau. Pour ponctionner un ventricule latéral on se servira d'un trocart qu'on introduit à environ 3 centimètres au-dessus de la base du processus mastoïdien. Le point d'entrée devra se trouver entre le premier sillon temporal et le deuxième, pour atteindre le ventricule, il faut enfoncer l'aiguille de 3 à 4 centimètres, perpendiculairement à la surface, tout en relevant un peu la pointe (V. Beck).

VI

TECHNIQUE DE L'OUVERTURE DES ABCÈS ENCEPHALIQUES OTOGÈNES, ET SOINS CONSÉCUTIFS ⁽¹⁾

Par **Ricardo BOTEY** (Barcelone).

On sait que les collections purulentes intra-cérébrales d'origine otitique se trouvent à proximité de l'os temporal malade ; en d'autres termes, elles résident dans le lobe temporo-sphénoïdal ou dans le lobe latéral du cervelet, du côté de l'oreille affectée.

On sait aussi que très souvent elles ne se manifestent pas par des symptômes bien définis ; une légère élévation de température le soir et des accès plus ou moins violents, de céphalalgie unilatérale donnent uniquement l'éveil. Tout au plus, le malade offre un aspect particulièrement grave qui n'échappe pas à un œil connaisseur ; les symptômes de compression, principalement le ralentissement du pouls, sont inconstants, et les symptômes de localisation, qui pourraient nous servir de précieux guide, manquent la plupart du temps ou apparaissent en dernier lieu, quand toute intervention est inutile.

Ce qui rend surtout dans quelques cas le diagnostic excessivement difficile, c'est le fait qu'un abcès du cerveau peut être parfaitement latent ; ceci est surtout vrai pour les abcès encapsulés et pour ceux qui ont une tendance à fuser et à devenir chroniques. En outre, les statistiques semblent prouver qu'un petit abcès extra-dural crée plus vite des phénomènes de

⁽¹⁾ Rapport présenté au VII^e Congrès International d'Otologie, Bordeaux, 1-4 août, 1904.

compression cérébrale qu'un abcès à l'intérieur du cerveau de dimensions beaucoup plus respectables.

Il ne faut donc pas attendre l'hémi-parésie des membres du côté opposé, l'amnésie verbale, la titubation cérébelleuse, etc. On doit s'accommoder des incertitudes, se contenter de probabilités; savoir même quelquefois se passer de la fièvre, de la céphalalgie, de l'absence de battements à la dure-mère. Il suffit alors de constater la somnolence et la difficulté de la parole avec un degré de paraphasie. Ce que l'on doit surtout faire, c'est agir le plus tôt possible et choisir un procédé grâce auquel on puisse opérer indifféremment sur le cerveau, le cervelet ou le sinus transverse. Cette promptitude est justifiée, car vous n'ignorez pas que l'abcès cérébral est inexorable; tôt ou tard le pus se fait jour dans les ventricules, ou, s'épanchant à la surface de l'encéphale, produit rapidement une lepto-méningite mortelle.

En premier lieu l'anesthésie doit être administrée avec les plus grandes précautions, en raison de la tendance à l'arrêt de la respiration dans les cas d'abcès cérébelleux, complication très désagréable pendant l'opération et qui oblige à la respiration artificielle, malgré que celle-ci réalise souvent des merveilles. D'ailleurs la narcose n'est pas nécessaire quand le malade est comateux et quand il ne s'agit plus de la peau ou de la muqueuse auriculaire; on peut toujours faire une chloroformisation discontinue.

Si l'on en a les moyens, il faut se servir des fraises et du tour électrique d'un huitième de cheval au moins, pour ouvrir les parois crâniennes, car la généralisation du processus peut être facilitée par les secousses imprimées par le maillet, comme l'ont montré les expériences sur les animaux.

On est presque d'accord sur la question de se laisser conduire par les lésions osseuses de l'oreille pour ouvrir la fosse cérébrale moyenne ou la postérieure, en commençant toujours l'opération par la trépanation de l'apophyse et de la caisse, en pénétrant par le *tegmen antri*, le *tegmen tympani* ou la paroi postérieure de l'antre ou des cellules, et en complétant l'ouverture, s'il est nécessaire, par la perforation de la partie de l'écaille la plus prochaine à la paroi supérieure du conduit auditif osseux et en enlevant une portion de cette paroi. L'ouver-

ture par le tegmen est souvent insuffisante pour évacuer un abcès du cerveau ; il faut y ajouter cette perforation de l'écaïlle. Quant aux abcès cérébelleux, je préfère aussi la voie mastoïdienne à la voie occipitale, parce que par celle-ci on produit un double traumatisme, l'abcès se trouve presque toujours très près de la paroi postérieure de la mastoïde ou de la pyramide et en ouvrant le cervelet en dehors on doit passer assez souvent à travers une portion de tissu cérébelleux sain. Néanmoins, je viens ces derniers jours d'opérer une jeune fille de 17 ans, affectée d'un abcès cérébelleux otogène gauche, chez laquelle, trouvant difficile le drainage au fond de la paroi postérieure de l'antre en dedans du sinus transverse, j'agrandis la perforation crânienne en arrière et ouvris derrière le cervelet par derrière du sinus transverse. Après avoir évacué deux cuillerées de pus de l'intérieur du lobe latéral du cervelet et avoir placé deux séries de tubes de drainage, l'une en dedans et l'autre en arrière du sinus, en faisant ainsi un double chemin d'écoulement du pus, cette malade se trouve aujourd'hui en pleine guérison de l'abcès.

Réunissant donc les avantages de la perforation sur l'écaïlle du temporal (rapidité, facilité, exploration étendue, séparation du foyer septique) aux avantages, du procédé mastoïdien (retrouver le point d'infection intra-cranienne, situation au point déclive) on suit aujourd'hui un procédé mixte temporo-mastoïdien, procédé que j'ai déjà préconisé en 1897, au Congrès International de Moscou, car la voie temporale malgré tout, passe souvent à côté de la lésion et néglige l'infection auriculaire, et la voie mastoïdienne est difficile et trop étroite.

Les opinions sont partagées quand il s'agit de décider, s'il est plus prudent de faire une ou plusieurs, ponctions exploratrices, suivies d'aspirations, au moyen d'une aiguille ou d'un trocart, à travers la dure-mère intacte ; ou s'il est préférable d'inciser la dure-mère et d'explorer avec le bistouri ou le trocart la substance cérébrale.

L'une et l'autre méthode possèdent leurs avantages et leurs inconvénients. Les avantages de la ponction à travers la dure-mère sont : d'être la plupart du temps inoffensive, ne laissant aucune trace après son exécution et pouvant être répétée tant

qu'il est nécessaire, à condition d'observer une rigoureuse asepsie. Les inconvénients de la ponction sont : de pouvoir être cause d'une hémorragie intra-cérébrale et d'une possible inoculation du pus existant sur la dure-mère où la pie-mère dans l'intérieur de la substance cérébrale.

Les avantages de l'incision de la dure-mère sont : de faciliter l'exploration de la surface du cerveau et la recherche de la collection purulente. Les inconvénients sont : que l'incision de la dure-mère favorise l'infection des méninges par diffusion du pus des cavités de l'oreille, et expose, si la tension intracrânienne est augmentée, à la hernie cérébrale. En outre, comme il faut souvent rechercher l'abcès dans diverses directions et sur différents points de la dure-mère en répétant l'exploration, on ne peut dans ces cas multiplier les incisions durales et cérébrales, car de cette façon on arriverait de gaieté de cœur à la production d'une méningo-encéphalite, ou d'une hernie cérébrale qui s'instituerait presque fatalement, même si les incisions étaient négatives.

Lermoyez opine que la ponction du cerveau à travers la dure-mère est autrement dangereuse ; car, dit-il, en cas d'abcès (*Soc. franc. d'otol.* séan. 1903) le pus cérébral, ne trouvant pas une issue suffisante, fuse, dans l'espace sous arachnoïdien, l'inonde et amène une méningite foudroyante. Elle est, ajoute-t-il, beaucoup moins périlleuse si on commence par débrider franchement la dure-mère par une incision cruciale, la matière cérébrale faisant hernie à travers, cet orifice, bouche en quelque sorte la brèche méningée et la protège ; la ponction du cerveau se fait alors au centre de la masse herniée, mais que le danger de l'infection méningée soit ainsi à peu près écarté, il reste encore celui d'une hémorragie cérébrale ou d'une encéphalite.

A mon avis, si l'on fait une ponction avec un trocart l'ouverture se ferme et laisse très difficilement écouler le pus, car la substance cérébrale a de la tendance à maintenir closes les petites perforations que l'on y pratique. En outre, s'il existe du pus la ponction l'aura déjà découvert, surtout quand c'est un pus capable de saillir à la surface du cerveau, et alors on pourra parfaitement inciser la dure-mère et la substance céré-

brale ; et comme en dernier ressort c'est l'expérience qui juge les questions, je dirais que j'ai pratiqué plus de cent fois la ponction du cerveau à travers la dure-mère intacte sans le moindre accident, tant dans les cas où j'ai trouvé du pus que dans ceux de ponction blanche.

Dans les circonstances, assez rares, où le trocart aura manqué l'abcès, c'est à-dire, quand après plusieurs ponctions négatives, les signes d'abcès cérébral persistent chez le malade, on est autorisé à employer un bistouri long et étroit pour découvrir l'abcès.

Malgré tout et en tenant toujours compte des circonstances de chaque cas particulier, quand les symptômes justifient une exploration de ce genre on doit commencer par bien désinfecter la dure-mère mise à nu, la ponctionner avec un trocart de moyenne grosseur dans diverses directions et à 3 centimètres de profondeur, en aspirant à mesure que l'on retire la canule. Si on ramène du pus on incise la dure-mère et la substance cérébrale avec le bistouri dans la direction de l'abcès ; dans le cas contraire on ne touche pas aux membranes du cerveau. Cette conduite est aujourd'hui la plus rationnelle, car la chance d'infecter profondément le tissu cérébral, avec l'aiguille ou le trocart est très minime si on procède aseptiquement, tandis qu'il est bien certain qu'en incisant la dure-mère on met directement en contact la cavité arachnoïdienne et le cerveau avec les germes pyogènes des cavités de l'oreille, et l'on s'expose, si l'incision dans la substance cérébrale est profonde à des encéphalites, suivies de hernie cérébrale et de leptoméningite mortelle. L'otologiste doit donc n'employer que les moyens d'exploration les moins dangereux, surtout parce qu'il peut arriver (et cela, arrive souvent) que l'abcès cérébral soupçonné n'existe pas.

Les lavages de la cavité de l'abcès encéphalique doivent dans tous les cas être *absolument proscrits*, même si l'on se sert de la solution physiologique de chlorure de sodium, si on fait les injections par une ouverture bien plus large que le bec de la seringue et si l'on pousse le liquide avec une extrême douceur. Les injections peuvent diffuser les germes infectieux dans la substance cérébrale, car, s'il existe une zone de diffusion des lésions, et

si l'abcès n'est pas enkysté ou formé dans la masse cérébrale sans membrane limitante, ce qui arrive très souvent, l'injection produira la pénétration du pus dans la substance cérébrale le *plus moux et fragile de nos tissus*, et sera cause d'une encéphalite fatale, ou bien ce pus faisant irruption dans les ventricules occasionnera la mort à bref délai.

Une des grosses difficultés de technique réside dans la presque impossibilité de faire un drainage durable ; les drains étant expulsés ou obstrués et la substance cérébrale tendant à se porter vers la surface de façon à obstruer l'ouverture et à fermer le reste de la cavité. Pour éviter la rétention du pus, cause d'inquiétudes, on peut se servir d'un drain métallique avec rebord terminal, ou bien au lieu d'un gros tube, de trois drains en caoutchouc, un d'entrée et deux de sortie, ou de plusieurs assez minces qui devront être raccourcis au fur et à mesure sans les déranger. A ces précautions pour éviter la rétention purulente, il faut ajouter celle de faire des pansements quotidiens ou bi-quotidiens rigoureusement aseptiques.

A la rigueur, on peut parfaitement panser un opéré de trépanation des cavités de l'oreille moyenne, tous les deux ou trois jours, mais ce serait une faute grave de ne pas renouveler la gaze et les tubes au moins une fois toutes les 24 heures. La négligence de cette précaution est très souvent cause du ramollissement de la substance cérébrale, de propagation de l'infection aux méninges et aux ventricules. Pendant les soins ultérieurs de l'abcès, on tachera de surveiller avec la plus grande sollicitude la liberté du ventre, car celle-ci influencera beaucoup la bonne marche de la plaie.

Une complication assez fréquente dans les abcès cérébraux opérés est la hernie cérébrale. Cette hernie est facilitée par une ouverture trop large de la dure-mère et par une excessive ampleur de la perforation crânienne. Il faut donc que l'incision durale soit réduite au strict nécessaire et il faut aussi que l'ouverture sur les parois osseuses ne dépasse pas certaines limites, sans croire cependant qu'une petite ouverture du crâne évitera toujours la hernie cérébrale.

La hernie se produit quand l'irritation des méninges se communique à la substance cérébrale. Elle n'apparaît généralement

que trois ou quatre jours après l'intervention, parce que, selon Gradenigo ce n'est qu'après ce laps de temps que survient une adhérence entre les membranes cérébrales à l'entour de l'ouverture artificielle, et le liquide-cérébro-spinal ne pouvant sortir à l'extérieur, comme les premiers jours, il pousse grâce à l'augmentation de sa tension la portion de cerveau placée contre l'ouverture durale et osseuse.

Tout de même pour que la hernie cérébrale se produise il semble absolument nécessaire que la substance cérébrale et ses enveloppes soient plus ou moins enflammées, car si les centres nerveux n'ont pas été touchés par l'infection malgré une ouverture durale et osseuse assez large la hernie cérébrale est insignifiante et passagère.

La hernie cérébrale sera traitée par les soins de propreté les plus rigoureux, par une compression modérée, en n'oubliant jamais que la principale cause du prolapsus de l'encéphale est due à un excès de tension intra-crânienne entretenue par l'infection ou à un deuxième abcès cérébral que nous n'avons pas encore découvert.

La hernie cérébrale constitue toujours une complication grave, car la portion de cerveau sortie est mal nourrie, exposée aux traumatismes, très souvent infectée et finit presque toujours par se mortifier plus ou moins. Dans un des trois cas, observés par moi, la hernie avait le volume d'un œuf de poule ; malgré tous les soins imaginables la hernie grandit, s'enflamma, se gangrena et le malade mourut de méningite. Dans l'autre cas, une portion de cerveau fut éliminée par sphacèle et la surface se couvrit plus tard de bourgeons charnus, la hernie se réduisit et enfin se couvrit un tissu fibreux qui finit par se cicatriser. Dans le dernier de mes cas, la substance cérébrale se gangrena rapidement par étranglement de la base de la hernie au niveau de l'ouverture osseuse. J'en fis l'ablation au bistouri jusqu'à la portion saine, et le malade succomba aux progrès de l'infection de méninges.

L'abcès cérébral évacué par l'incision, on assiste souvent à une vraie résurrection du malade, qui de l'état de somnolence devient en quelques heures gai et communicatif, recouvre l'appétit et les forces, à tel point que tout le monde espère le

voir guéri sous peu. Beaucoup de ces malades ont déjà quitté le lit et la chambre depuis longtemps, quelques-uns même ont été considérés définitivement guéris par le chirurgien qui les a opérés ; mais un nombre assez grand de ces cas finissent par succomber tôt ou tard aux progrès de l'infection profonde des parois de l'abcès, à la formation de nouvelles collections purulentes, à la pénétration du pus dans les ventricules latéraux ou à l'infection généralisée des méninges. Si l'on faisait une enquête elle révélerait beaucoup de récidives dans ces cas d'abcès temporaires avec guérison apparente ; je crois que sur 100 cas opérés il n'existe que 35 ou 40 % de guérisons positives.

Pour cette raison après ouverture de l'abcès cérébral, malgré les plus heureux résultats obtenus sur l'état général du malade, il faut être très circonspect en matière de promettre une guérison définitive. Les soins consécutifs doivent avoir principalement pour objectif de maintenir à l'abri de l'infection la substance cérébrale, car si au bout de quelques jours ou de quelques semaines la température s'élève de nouveau, le malade se plaint de maux de tête, de vomissements l'appétit disparaît, etc., on est en droit de craindre la possibilité d'autres abcès ou d'une méningite.

Finalement, la perte de substance due à la trépanation, si elle est assez large, ne devra pas être comblée uniquement en laissant s'accoler cuir chevelu et dure-mère, de crainte de voir les traumatismes auxquels l'une est exposée retentir sur l'autre ; mieux vaut intercaler entre les deux, une plaque de celluloid.

Je ne puis apporter avec mon rapport un progrès réel sur la technique de l'ouverture des abcès cérébraux, car depuis ces dix dernières années la question n'a guère avancé. On en est encore à chercher un moyen d'exploration et de drainage qui soient parfaits, double desiderata que l'on n'a pas encore réalisé.

CONCLUSIONS

1° Les collections purulentes intra-encéphaliques d'origine otique sont presque toujours péri-pétreuses et ne se manifestent que très rarement par des symptômes bien définis.

2° Sans attendre l'apparition des signes de certitude on doit agir le plus tôt possible en choisissant un procédé grâce auquel on puisse pénétrer dans la fosse cérébrale moyenne ou dans la postérieure. Ce procédé est mastoïdien ou temporo-mastoïdien selon les circonstances.

3° On commencera toujours l'opération par l'ouverture de l'apophyse et de la caisse, et de là l'on pénétrera dans la cavité crânienne, soit en haut, soit en arrière, en ouvrant, s'il est nécessaire, l'écaille du temporal à sa partie la plus inférieure, et le plafond de l'antre et le toit du conduit à sa partie la plus externe.

4° Dans presque tous les cas avant d'inciser la dure-mère et la substance cérébrale, on devra ponctionner le cerveau à travers la dure-mère intacte, dans le but de s'assurer de l'existence d'un abcès ; car une fois la dure-mère ouverte au bistouri les conditions changent du tout au tout, et on s'expose positivement à une infection du cerveau et de ses membranes.

5° Les lavages de l'abcès cérébral doivent être absolument proscrits, même si l'on utilise le sérum artificiel, car les injections diffusent très facilement l'infection dans la substance cérébrale ou les ventricules.

6° Le drainage de l'abcès doit être fait avec plusieurs tubes de caoutchouc et la meilleure manière d'éviter la rétention purulente est de renouveler les pansements toutes les 24 heures.

7° La hernie cérébrale, complication assez fréquente des abcès cérébraux se produit plus facilement quand l'ouverture dure-mérienne est large. Il faut donc que l'incision durale soit réduite encore plus que l'ouverture osseuse. L'infection des méninges et de la substance cérébrale par le pus de l'oreille étant la cause principale de la hernie, il est nécessaire que l'asepsie soit rigoureuse.

8° La hernie cérébrale sera traitée par les soins rigoureux de propreté, par une compression modérée ; et on ne fera l'ablation au bistouri de la partie mortifiée que lorsque le tissu cérébral se couvrira de bourgeons charnus.

9° Le pronostic de l'abcès cérébral une fois ouvert, sera toujours réservé, car malgré que l'on assiste alors souvent à une résurrection des malades, un nombre assez grand de ceux-ci finissent par succomber tôt ou tard au progrès de l'infection profonde avec formation de nouveaux abcès, pénétration de pus dans les ventricules, méningite, etc.

VII

NOTE SUR UN CAS DE PARALYSIE ISOLÉE DU CRICO-ARYTÉNOÏDIEN POSTÉRIEUR

Par J. GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon, et L. DUVERNAY,
interne des hôpitaux de Lyon.

Peu de questions en médecine ont une obscurité égale à celle des paralysies laryngées et la vieille loi de Semon Rosenbach qui les régit, a eu à subir depuis sa promulgation des assauts nombreux qui semblent, à l'heure actuelle, l'avoir légèrement ébranlée, disent les uns, l'avoir détruite, disent les autres, suivant que, comme pour toute loi, on est pour ou contre elle.

Nous n'avons pas l'intention d'intervenir d'une façon active dans le débat : la parole est actuellement aux expérimentateurs et nous n'avons aucune expérience de laboratoire à notre actif. Mais nous venons d'avoir la bonne fortune de rencontrer dans notre service un cas très curieux, unique peut-être en son genre, qui, dans la circonstance, peut avoir son intérêt.

Avant de l'exposer, nous voudrions revoir rapidement l'état de la question et montrer comment ce cas peut y avoir sa place. On a fait dire en effet à la loi de Semon beaucoup de choses qu'on a discutées ensuite mais réduite à sa plus simple expression cette loi se résume à ceci :

« Certaines lésions du récurrent ont pour conséquence de maintenir la corde fixée en position médiane. »

Est-ce vrai ? Oui, indubitablement, moyennant une réserve : le mot de position médiane étant certainement inexact dans la grande majorité des cas. Broekaert dans sa monographie si complète du récurrent a fouillé les observations même de Semon et montre que le terme de médian, attribué par l'auteur à

la position de la corde, est fréquemment en contradiction avec le reste de l'observation.

Nous ne voulons pas discuter la question au point de vue expérimental : elle l'a déjà été suffisamment, mais nous ferons remarquer, au point de vue clinique, combien il est difficile de dire, lorsqu'on a une seule corde paralysée, si elle est exactement sur la ligne médiane, ou si elle ne l'atteint pas tout à fait. On pourrait s'en rendre compte : dans une paralysie double ; au début, ayant pris simultanément les deux récurrents, le cas est rare, mais il existe : or, combien en cite-t-on qui aient donné la mort brusque, subite, par fermeture de la glotte : aucune. Toujours il y avait un léger espace entre les cordes resserrées, espace de dimensions variables, mais il existait et la corde, de ce fait, n'était pas médiane.

Broekaert, reprenant d'ailleurs en cela l'idée de Grossmann, admet donc une position variable, plus médiane que la position cadavérique et dans laquelle placent les cordes les paralysies récurrentielles au début : il l'appelle la *position intermédiaire*. Cette dénomination mérite d'être conservée en lui laissant toute sa laxité : ce sera toujours : « die mehr oder weniger hochgradiger adductionstellung » de Grossmann ; c'est encore la position qu'indiquent les schémas de Massei ⁽¹⁾. La laryngologie d'ailleurs aurait intérêt à ce que des dénominations universellement admises soient constamment employées, on éviterait sûrement ainsi bien des discussions.

Ces réserves faites, la loi de Semon est vraie et ne souffre d'objection de la part de personne : il est admis que certaines paralysies du récurrent mettent la corde en position médiane (nous disons intermédiaire).

La lutte véritable, lutte acharnée pourrait-on dire, tant les opinions sont défendues avec vigueur, commence avec l'explication qu'on donne de cette loi. Toutes les ressources de l'expérience, les moyens les plus ingénieux, les dissections les plus fines, les excitations nerveuses les plus délicates ont été mis en jeu ; on a sectionné certains nerfs, excité certains autres ; extirpé des muscles ou examiné leur dégénérescence ;

(1) Pathologie et thérapeutique du larynx. Naples pas daté.

la clinique enfin a apporté son appoint malheureusement trop restreint comparé aux faits expérimentaux : tout cela a abouti à des résultats contradictoires et la question reste ce qu'elle était il y a 20 ans.

Or, voyons l'explication donnée par Semon et discutons-la pas à pas.

Cette explication se résume en deux points qui doivent être envisagés successivement.

I^{er} Point. — La position médiane (nous disons intermédiaire) est due à une paralysie incomplète atteignant en premier lieu les *postici*.

II^e Point. — La paralysie du *posticus*, grâce à la simple contraction des antagonistes, place toujours la corde dans cette position médiane.

Discuter ces points revient, en somme, à répondre aux deux questions suivantes :

I. — Une lésion incomplète du récurrent peut-elle atteindre en premier lieu les *postici* ?

II. — Dans le cas où cela serait, la paralysie de ces derniers peut-elle mettre la corde en position dite médiane ?

A la première, l'expérience répond par deux séries de faits tous en dehors de la question, à savoir :

Que les paralysies totales (section du récurrent) atteignent d'emblée tous les muscles également (or, nous demandons l'effet d'une paralysie incomplète) — et, d'autre part, que les paralysies incomplètes (réfrigération de Gad et Frenkel, liège de Krause, etc.), peuvent mettre la corde en position médiane, ce qui n'est pas répondre si les *postici* sont atteints, puisque précisément notre seconde question a pour but d'étudier les rapports entre leur paralysie et cette position.

Ainsi les expériences nous renseignent incomplètement. La clinique répond plus explicitement. Brockaert vient de publier ⁽¹⁾ deux cas de paralysies incomplètes dans lesquels les lésions étaient au maximum dans les *postici*. Il explique le fait, non par une prédominance de la lésion dans le *posticus*, mais par un retard de la dégénérescence des autres muscles,

(1) *Revue d'oto-rhino-laryngologie belge*, n° 2, février 1904.

massés par les muscles restés sains (crico-thyroïdien, ary-ténoïdien). L'explication est ingénieuse, peut-être même un peu trop : il serait plus simple d'admettre que les muscles touchés le plus fortement sont ceux dont les filets nerveux ont été atteints les premiers et par conséquent qu'une paralysie incomplète peut débiter par les crico-aryténoïdiens postérieurs.

Voyons maintenant notre deuxième question : *La paralysie des postici peut-elle mettre la corde en position médiane (intermédiaire) ?*

Ici expériences et clinique répondent plus directement. On a extirpé les postici et tandis que certains auteurs (Grabower entre autres) voient la corde se placer en position presque médiane après leur ablation, la plupart des autres, avec Grossmann en tête, prétendent au contraire que les mouvements d'abduction sont gênés à partir d'un certain degré, mais qu'en tout cas, jamais ils ne sont abolis complètement et que jamais la corde n'est fixée en position médiane.

Nous ne discuterons pas les résultats plus ou moins différents fournis par ces expériences délicates et nous nous adresserons directement à la clinique.

Grossmann sur ce terrain est aussi intransigeant que sur le terrain expérimental. Les observations citées de paralysie abductrice pure ? Ce n'en sont pas, il affirme que toujours il y avait dans ces cas lésions des autres muscles ou tout au moins leur contracture. Et pour donner plus de poids à ses affirmations, il oppose aux paralysies considérées autrefois comme isolées, des cas dans lesquels l'abduction était limitée à la position cadavérique, c'est-à-dire légèrement réduite sans être totalement abolie : ce sont ces cas qui correspondraient à la paralysie isolée du posticus.

Mais pourquoi dire que ce nouveau syndrome correspond à une *paralysie* : rien ne prouve cette assertion et rien n'oblige à considérer ce cas autrement que comme une *parésie*.

Et, d'autre part, pourquoi repousser les autres comme n'étant pas des paralysies pures des postici et comment Grossmann fera-t-il le départ entre la contracture et la contraction des antagonistes comme le prétend Semon ? Ce départ est facile dans la paralysie d'un membre, mais au larynx ? Et si l'on ne

veut pas admettre qu'une contraction puisse durer aussi longtemps, pourquoi le simple tonus musculaire ne suffirait-il pas à laisser une corde dans une position où l'avait mise la contraction des antagonistes et d'où rien ne vient la retirer ; pour quoi ne se passerait-il pas au larynx ce qui se passe dans les paralysies radiales, par exemple, où nous voyons la griffe s'établir longtemps avant que la contracture des fléchisseurs l'ait rendue irréductible et définitive.

Brockaert le sentait si bien, qu'il demandait une observation, une seule, de paralysie isolée des crico-aryténoidiens postérieurs, dûment constatée et scrupuleusement examinée : cette observation valant pour trancher la question plus que toutes les expériences réunies. Le nôtre ne répond peut-être pas complètement à ces desiderata : il mérite cependant de prendre place ici.

OBSERVATION

Laf..., François, 71 ans, tisseur, est amené en proie à une dyspnée excessivement vive, le 17 novembre 1903, à l'Hôtel-Dieu, où il est reçu salle Saint-Maurice, n° 1.

Quand on l'examine, on le trouve assis dans son lit, arc-bouté sur ses poings, les traits tirés, la face d'une pâleur livide. A chaque inspiration les muscles accessoires entrent en jeu, la cage thoracique est élevée par les muscles du cou, la tête, chaque fois, pour leur donner un point de résistance, se porte en arrière, si bien que le malade « salue » à chaque inspiration. Chaque inspiration s'accompagne de tirage et de cornage : le tirage est sus et sous-claviculaire, le diaphragme fonctionnant normalement ; le cornage est très intense : de temps en temps il prend un timbre particulier comme si un corps venait se plaquer devant l'orifice laryngé : c'est un bruit de drapeau passer et inconstant.

Tous ces phénomènes sont inspiratoires, l'expiration se fait sans beaucoup gêne ; mais cette difficulté de l'inspiration met le malade dans une anxiété très grande, à tout moment il change ses points d'appui, tantôt porté sur le coude droit, tantôt sur le gauche.

De temps en temps la respiration se précipite, le malade a comme un paroxysme de dyspnée ; elle atteint jusqu'à 36 respirations par minute, puis insensiblement revient au rythme primitif, lequel d'ailleurs est légèrement précipité.

Toute l'affection semble se réduire à cette dyspnée, pas de toux, pas d'expectoration, la voix est peu atteinte.

Aucun ganglion apparent.

Pas de différence des poulx radiaux. Pas d'Olliver. Aucun phénomène nerveux, ni Argyll Robertson, ni Westphall.

Un examen approfondi du malade est d'ailleurs impossible, il est dans un état d'angoisse tel qu'on ne peut l'examiner : il bouge constamment et se prête mal aux investigations.

L'examen laryngoscopique, très pénible, est pratiqué au lit du malade par le Dr Garel qui voit que :

1° Dans l'inspiration les cordes ne s'écartent pas ou peu de la ligne médiane.

2° A leur extrémité postérieure et dans la fente glottique flotte une petite masse, paraissant venir de la région sous-glottique et dont il est difficile de définir la nature.



Le schéma laryngoscopique ci-contre, fait au moment de l'examen et bien avant les constatations intéressantes de l'autopsie, renseigne mieux que toute description sur l'état de la glotte.

Des quelques réponses qu'on peut alors tirer du malade il résulterait ceci : que toujours bien portant auparavant, il aurait éprouvé depuis trois semaines ou un mois une certaine gêne de la respiration : *gêne légère* qui fut suivie de *dysphagie* puis de *dysphonie*, les trois phénomènes s'étant succédé à quelques jours de distance. La dysphonie et la dysphagie allèrent en augmentant : ces jours-ci, le malade ne peut prendre que des liquides. La *dyspnée* était restée telle qu'au début, quand subitement, dans la nuit du 15 novembre, à 11 heures du soir, une crise violente de dyspnée se produisit : elle a diminué légèrement, c'est elle qui amène le malade à l'hôpital : c'est elle que nous avons décrite plus haut.

Bref, en raison de ces antécédents, en raison de la paralysie récurrentielle double à début brusque, en raison de la petite masse

aperçue dans la glotte, le Dr Garel pense à un néoplasme de l'œsophage haut situé ayant occasionné une paralysie récurrentielle double, et pose l'indication d'une trachéotomie, mais craignant l'envahissement de la trachée par le néoplasme et redoutant les accidents opératoires fréquents dans ces conditions, il est décidé que l'opération n'aura lieu que si la dyspnée augmente encore.

La journée se passa dans le même état, l'anxiété diminua même. Le malade, moins agité, s'assoupissait par instant, le cornage était moins bruyant, mais le tirage diminuait peu. Le soir et même à la ronde de minuit l'état est stationnaire. Mais subitement, vers deux heures du matin, le malade prend une quinte de toux, la dyspnée augmente, il suffoque et meurt avant qu'on ait eu le temps d'intervenir.

Le lendemain, 19 novembre, est faite l'autopsie ; 28 heures après la mort, le corps en parfait état de conservation, sans aucune lésion cadavérique apparente.

L'ouverture du thorax et de l'abdomen ne décèle rien de particulier. On fait l'éviscération totale, en allant couper les muscles de la langue à travers le cou et après décollement de la peau au devant du larynx.

On note alors une double scoliose : dorsale à concavité droite et lombaire à concavité gauche. Mais en même temps à la région cervicale les vertèbres sont fortement projetées en avant, formant une saillie volumineuse : cette saillie est ancienne, solide, nullement causée par des lésions vertébrales récentes, mais plutôt dues aux scolioses situées plus bas.

Les viscères sont ensuite disséqués les uns après les autres avec le plus grand soin, principalement les organes de la base du cou et du médiastin : *ils ne présentent absolument rien d'anormal.* L'aorte n'est le siège d'aucun anévrysme. Légère dilatation sus-sigmoïdienne, plaques d'athérome à sa surface interne.

Quelques ganglions médiastinaux, peu gros, n'intéressant pas les nerfs.

Les vaisseaux sont sains.

L'œsophage lui-même ne présente aucun néoplasme ; ouvert sur toute sa hauteur, tout son trajet cervico-thoracique est sain, mais (et c'est ici le point intéressant de l'autopsie) :

A sa partie supérieure, au niveau du chaton cricoïdien sa muqueuse est le siège d'une ulcération ronde, moins grande qu'une pièce de 0 fr. 50, à bords taillés à pic et à fond noirâtre. Cette ulcération n'a pas sa correspondante sur la paroi œsophagienne

opposée qui est absolument saine. Elle siège exactement sur la ligne médiane, s'étendant également des deux côtés

On ouvre alors le larynx longitudinalement par une incision dans l'espace interaryténoïdien, sectionnant l'aryténoïdien transverse et le cricoïde au niveau de l'ulcération. Celle-ci apparaît ainsi beaucoup plus profonde qu'on ne le pensait : les faisceaux musculaires qui s'insèrent à ce niveau sur le cartilage sont décollés de leurs insertions ; ils ont une teinte rose grisâtre.

Le cartilage lui-même est nécrosé.

Enfin, sur la corde droite, en arrière, petite saillie papillomateuse ; c'est le fragment qu'on avait vu flottant dans la glotte.

L'examen des viscères est absolument négatif.

L'examen histologique de l'ulcération fut faite au laboratoire d'anatomie pathologique par le Prof. Agrégé Paviot.

Voici sa réponse :

Sur les coupes, on voit, sur les bords de l'ulcération, l'épithélium stratifié du type dermo-papillaire de l'œsophage, coupé comme à l'emporte-pièce. Au-dessous de cet épithélium et au fond de l'ulcération est un tissu fibroïde très dense et très riche en fibres clastiques, mais sans caractères histologiques définis. Dans ce même tissu fibroïde du derme les artérioles sont toutes altérées par l'endarterite.

Rien du côté de l'épithélium ne paraît sûrement cancéreux, les bourgeons interpapillaires sont cependant nettement allongés et irréguliers, surtout au voisinage de l'ulcération. *Mais dans le tissu fibroïde sous-muqueux, et même profondément au contact même des glandes de la trachée, on voit des cavités bien limitées par un tissu fibreux et remplies de cellules épithéliomateuses assez typiques comme origine ectodermique.*

Ainsi on se trouve nettement en présence d'un néoplasme de l'œsophage minime qui, avant même d'avoir évolué, par sa seule situation à cheval sur le chaton cricoïdien, a décollé les insertions inférieures du crico-aryténoïdien postérieur et sans qu'il y ait, à proprement parler, ni paralysie ni dégénérescence myopathique du muscle, le met dans l'impossibilité d'agir et de dilater la glotte.

C'est absolument le cas de l'exclusion expérimentale du posticus, mais une exclusion naturelle sans lésions possibles par l'ouverture de l'œsophage et de la trachée, et surtout une ex-

clusion chez l'homme pour qui l'on ne peut jamais déduire sûrement des expériences sur les animaux. C'est la première fois, croyons-nous, qu'un cas si schématique d'exclusion se produit en clinique. Le résultat ainsi constaté, cette adduction permanente des cordes, sans toutefois leur position médiane, est d'autant plus intéressant à connaître qu'il nous permet de répondre par l'affirmative à notre seconde question : Une paralysie isolée du posticus peut-elle mettre la corde en position intermédiaire (médiane).

En somme, en faisant des réserves sur le mot médian, qui devrait être remplacé par le terme plus large d'intermédiaire, nous croyons possible d'admettre la loi de Semon-Rosenbach et de lui laisser dans la pathologie laryngée le grand rôle qu'elle y a toujours joué.

VIII

UN CAS DE MYXO-SARCOME ANGIOMATEUX (POLYPE HÉMORRHAGIQUE) DU CORNET INFÉRIEUR.

Par **GALLET** (de Constantine)
et **CORNET**,

médecin aide major de première classe à l'hôpital militaire de
Constantine.

Dans ces dernières années, l'attention a été attirée en Amérique et en Angleterre notamment, sur l'existence de tumeurs polypoïdes des fosses nasales, implantées sur le septum, plus rarement à la face interne de l'aile du nez, dont la nature exacte prête à discussion. Généralement désignées sous le terme vague de polypes hémorrhagiques, ces tumeurs renferment de très nombreux vaisseaux, et sont constituées par un tissu sarcomateux de texture d'ailleurs variable : ce sont donc au point de vue anatomo-pathologique des tumeurs malignes, et pourtant ces tumeurs enlevées à l'anse froide ou à la pince récidivent très rarement, et dans tous les cas n'envahissent pas les régions avoisinantes : somme toute elles se comportent comme des tumeurs bénignes. Aussi les auteurs, en raison de ce contraste clinique et histologique, ne se prononcent pas sur la nature de ces productions.

Nous venons d'observer une tumeur analogue : mais au lieu de s'implanter sur la cloison, ou à la face interne de l'aile du nez, elle était fixée à la tête du cornet inférieur droit. Voici d'ailleurs l'histoire du malade.

M. X..., sans profession, âgé de 48 ans, vient consulter l'un de nous, au commencement de 1903, pour « une sensation de sèche-

resse » des plus désagréables, qu'il ressent dans le nez depuis quelque temps. Le malade se plaint aussi d'épistaxis assez fréquentes par la narine droite. On constate un catarrhe sec de la voûte du cavum, et une tumeur du volume d'une petite fraise, implantée sur le cornet inférieur droit. Le malade en refuse l'ablation et ne se soumet à un nouvel examen qu'en mars 1904. A cette époque, les épistaxis ont disparu, et M. X... est surtout inquiet de la sensation persistante de sécheresse, due à la pharyngite qui ne s'est nullement améliorée. La tumeur, reconnue il y a quinze mois, existe toujours, mais ses dimensions se sont légèrement accrues. De couleur rouge foncé elle forme une seule masse, non lobulée, mais à surface irrégulière, érodée. Elle arrive presque au contact de la cloison, mais s'insère à la partie supérieure de la tête du cornet inférieur : ce n'est pas une tumeur pédiculée, sa surface d'insertion étant au contraire très large. L'exploration au stylet montre qu'elle est de consistance très molle, et ne révèle pas de point osseux dénudé. Un examen soigneux ne révèle aucune autre lésion ; les fosses nasales sont normales dans tout le reste de leur étendue ; l'exploration des sinus est également négative. Pas de ganglions.

On peut dire en somme que la tumeur n'a été découverte qu'à la faveur d'un catarrhe naso-pharyngien, et à part les épistaxis du début, elle ne révélait sa présence par aucun symptôme : ni douleurs, ni obstruction nasale, ni rhinorrhée.

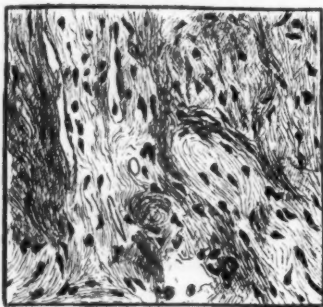
De par les seules ressources de la clinique, le diagnostic demeurerait fort embarrassant : le malade n'offrait aucun antécédent, il jouissait d'une excellente santé. Nous étions donc réduit, pour établir un diagnostic, à la seule constatation de la tumeur, de son siège, de ses caractères.

Ce n'était certes pas un polype enflammé, puisque les tumeurs dénommées polypes muqueux prennent naissance sur l'éthmoïde.

Pouvions-nous émettre l'hypothèse d'une lésion syphilitique ? Ce n'était guère soutenable : le malade n'ait bien énergiquement avoir jamais contracté de chancre : mais quoiqu'il soit du devoir d'un médecin de toujours douter en pareille matière, la syphilis nasale, à aucune de ses périodes, n'affecte les allures de la tumeur en question.

Avions-nous affaire à une forme particulière de tuberculose ? Le diagnostic à la rigueur pouvait se discuter : car il existe une tuberculose primitive des fosses nasales, à forme végétante, pouvant demeurer très longtemps stationnaire, sans autres symptômes qu'une obstruction nasale plus ou moins accusée, et quelques filets de sang mouchés de temps à autre. Mais ces végétations tuberculeuses s'implantent, d'une façon à peu près exclusive, sur la cloison, et bien qu'en clinique, aucune règle ne soit absolue, un pareil diagnostic eût exigé confirmation du laboratoire.

Quant à l'idée d'un néoplasme, elle ne pouvait être prise en considération puisque la tumeur depuis quinze mois demeurait stationnaire.



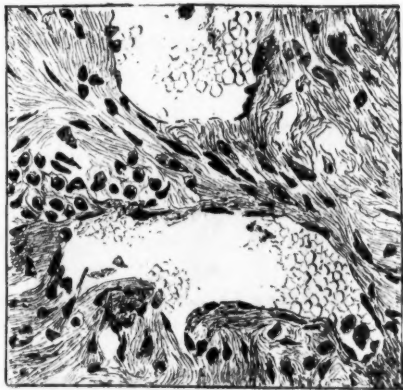
L.J. CORNET

Fig. 1

Constitution de la tumeur au niveau de son point d'insertion.

Aussi, pour fixer le diagnostic, la tumeur est-elle enlevée à l'anse froide au ras du cornet et examinée par l'un de nous au point de vue anatomo-pathologique. Or, sa structure ne laisse aucun doute, il s'agit d'une production sarcomateuse. Au niveau de son insertion sur la muqueuse du cornet (*fig. 1*), on trouve un tissu sarcomateux fuso-cellulaire presque typique. Les fibrilles conjonctives offrent un développement assez considérable, elles forment des faisceaux orientés en différents sens, et les cellules sont elles-mêmes orientées suivant la direction

des faisceaux qui les entourent. Il existe quelques vaisseaux sans parois propres, limités par le tissu sarcomateux lui-même. A mesure que l'on se rapproche de la partie centrale de la tumeur, le tissu devient de moins en moins fibreux, mais le nombre et le calibre des vaisseaux augmentent singulièrement : ces vaisseaux présentent toujours le caractère qu'ils offrent dans les sarcomes : ils n'ont pas de paroi propre et les cellules s'aplatissent à leur pourtour (*fig. 2*). Leur diamètre est



p. Cernec

Fig. 2

Vaisseaux de la partie centrale de la tumeur.

très variable, et quelques-uns d'entre eux, coupés en longueur, laissent voir des dilatations anévrysmales. Des cellules migratrices s'échappent des vaisseaux, et certains points de la tumeur sont largement infiltrés. — Ça et là, quelques orifices glandulaires. — A la périphérie de la coupe, en un point qui répond à la partie supérieure de la tumeur (*fig. 3*), le tissu change complètement d'aspect et offre les caractères des myxomes. Mais en somme le tissu qui domine, et qui occupe la presque totalité des coupes, est le tissu angio-sarcomateux. La tumeur est donc un myxo-fibro-sarcome angiomateux.

Dans ces conditions, et bien que la muqueuse du cornet inférieur soit indemne de toute lésion macroscopique, pour être sûrs que les limites du néoplasme sont dépassées, nous abraisons tout le cornet inférieur, muqueuse et squelette compris. Les coupes histologiques faites en différents points ont permis de voir que la prolifération conjonctive se perdait très vite dans la muqueuse, qui offrait son aspect normal partout ailleurs qu'au point d'insertion de la tumeur,



Fig. 3

Fig. 3

Segment myxomateux de la tumeur.

Cette tumeur rentre donc dans la catégorie des polypes hémorrhagiques dont nous parlions en commençant : par son évolution, elle semble bénigne, puisque nous avons eu la bonne fortune de l'observer au commencement de 1903, dans le même état que quinze mois après. Et sa constitution pourtant ne laisse subsister aucun doute sur sa véritable nature.

Un point intéressant de l'observation que nous venons de rapporter est le siège de cette production néoplasique. Les angio-sarcomes siègent d'habitude sur la partie antérieure du septum, beaucoup plus rarement à la face interne de l'aile du nez. Il semble donc que cette variété de tumeur puisse se développer sur toute la région antérieure des fosses nasales, et que si elles naissent de préférence aux dépens de la cloison, elles

peuvent cependant par exception prendre insertion sur la paroi externe.

En deuxième lieu, les tumeurs de cette nature, sous prétexte qu'elles récidivent rarement, doivent-elles être considérées comme des tumeurs bénignes, et par conséquent, doit-on penser avec Brown Kelly ⁽¹⁾ que la tumeur d'apparence sarcomateuse n'est souvent pas un sarcome? Tel n'est pas notre avis. Nardi (*Arch. it. de laryng.*, avril 1902) pense que les angio-sarcomes du septum sont des dégénérescences de tumeurs conjonctives bénignes, développées sous l'influence d'une irritation persistante quelconque. Cette conclusion, remarquons-le, est très vraisemblable, étant donné le siège de ces tumeurs. Quoi qu'il en soit, d'après lui, l'absence de récurrence, même à la suite d'une simple ablation à l'anse froide, ne vient pas à l'encontre du diagnostic histologique. Cela prouve tout simplement que la dégénérescence sarcomateuse n'avait pas encore atteint les limites de la tumeur bénigne préexistante. Et de fait, l'examen microscopique, en pareille matière, est encore le meilleur criterium. Chez notre malade, nous l'espérons, la récurrence ne se produira pas; conformément à l'hypothèse de Nardi; la prolifération sarcomateuse était très localisée et ne s'étendait pas dans le cornet: si bien que l'examen histologique précis, en contradiction apparente avec la clinique, en réalité explique les faits.

⁽¹⁾ Voir le Compte rendu de la Société laryngologique de Londres. Séance du 6 février 1903.

IX

NOTES DE TECHNIQUE

PROCÉDÉ PERMETTANT DE RÉALISER L'ANTISEPSIE DES MIROIRS LARYNGIENS ET D'EMPÊCHER LA BUÉE DE LES RECOUVRIR.

par Camille SAVOIRE

Dans un récent article paru dans le *Monats. f. Ohrenheilk.* Polak conseille d'employer dans ce but une solution alcoolique de savon de potasse dans laquelle il faut laisser tremper les miroirs pendant un quart d'heure. En enlevant ensuite l'excès d'alcool par évaporation et en nettoyant soigneusement le dos du miroir, la glace reste claire et est recouverte d'une mince couche liquide sur laquelle le pus ou les mucosités se collent difficilement.

Jusqu'alors on se bornait à chauffer les miroirs au-dessus de la flamme d'un bec Bunsen ou d'une lampe à alcool, ce qui exigeait certaines précautions pour éviter de brûler le malade et qui amenait à la longue une altération des miroirs ; d'autre part, ces derniers se refroidissant rapidement dans la bouche, il fallait, au cours d'un examen un peu prolongé, renouveler deux ou trois fois cette petite opération.

Kirstein indiqua le premier l'usage du savon de potasse pour éviter la buée, conseillant d'en frotter le miroir, puis de le sécher et de l'essuyer avec un linge, mais ce procédé avait l'inconvénient de produire parfois des interférences de couleurs.

Vacher conseilla l'emploi d'une solution de soude caustique pour éviter la buée et l'antiseptie au moyen d'une solution d'oxycyanure de mercure à $\frac{1}{2000}$.

Calvo recommande également l'emploi de solutions alcalines

et boriquées, phéniquées ou mercurielles et Ruprecht des préparations saponinées de Crésyl; mais ces divers procédés avaient l'inconvénient de réaliser imparfaitement l'antiseptie et d'occasionner une saveur ou une odeur désagréable.

Arnheim vient de conseiller dans le même but le lusoforme. Le lusoforme est un produit résultant de la combinaison d'un savon de potasse avec du formol et addition de substances aromatiques; c'est un liquide jaune clair, renfermant 25 % de formol, doué d'une odeur agréable, dépourvu de causticité, de toxicité et de saveur désagréable, il donne avec l'eau une solution opalescente dont les propriétés bactéricides ont été étudiées en Allemagne par Seydewitz, Nagelschmidt, Liebreich Elsner, etc. et en France par Loir. Ce savon liquide, doux et alcalin, possède une puissance de pénétration et un pouvoir bactéricide grâce auxquels il détruit rapidement les germes pathogènes contenus dans les crachats et les divers exsudats pathologiques.

Il s'emploie en solution aqueuse à 2 % dans laquelle on peut laisser séjourner les miroirs sans redouter d'altérations. Au moment de s'en servir on essuie le dos du miroir avec un morceau de gaze et il reste une légère couche de lusoforme suffisante pour assurer l'asepsie sans provoquer de brûlures, nausées ou sensation désagréable.

Le miroir ainsi préparé peut séjourner trois minutes dans la bouche sans se ternir sous l'influence de la buée qui d'ordinaire se dépose sur les miroirs et force à interrompre les examens.

La mince couche de lusoforme qui recouvre le miroir, le préserve de l'oxydation et empêche également l'adhérence des mucosités. Un simple lavage permet de les détacher et de continuer l'examen.

Ce procédé a l'avantage de supprimer les dangers des brûlures, altération des instruments, sensations désagréables résultant de l'emploi des procédés habituellement en usage.

La même solution de lusoforme à 2 ou 3 % peut être employée sans aucun inconvénient pour le lavage des instruments nickelés, ou en gomme, caoutchouc, etc... qui peuvent y séjourner plusieurs mois sans dommages.

BIBLIOGRAPHIE

- KIRSTEIN. — *Deutsch. medic. Wochenschr.* 1897, p. 123.
VACHER. — *Annales des Maladies des oreilles et du larynx*, 1897,
n° 9.
CULVO. — *Annales des Maladies des oreilles et du larynx*, 1898,
n° 12.
RUPRECHT. — *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1900, p. 240.
GALLI-VALERIO. — *Therap. monat.*, sept 1903.
POLAK. — *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, déc. 1903.
LOIR. — *Bulletin médical*, octobre 1903.
GOURMAND. — De la valeur antiseptique et des applications therap. du
lusoforme. *Thèse*, 1903.
-

X

RELEVEUR DE L'EPIGLOTTE POUR L'EXAMEN LARYNGOSCOPIQUE

Par **FOURNIÉ** ⁽¹⁾.

I

Un malade m'était adressé récemment pour des troubles laryngés. L'examen fut assez facile, mais je ne pus voir dans le miroir que la face linguale de l'épiglotte. Celle-ci était rétroversée, immobile, sans déformation, et ne permettait d'apercevoir que la paroi aryténoïdienne, sans lésion. Après cocaïnisation (1/10) j'essayai de relever l'épiglotte avec un stylet, la langue étant tenue par le malade lui-même, puis par un aide. Je ne pus y parvenir.

La traction de la langue est en effet une manœuvre délicate. Souvent il n'est possible de bien voir un larynx qu'en la tenant soi-même, parce que, tout en surveillant l'image de la région laryngée, le praticien, fort de sa sensation tactile, sait la tirer ou lui donner du jeu à propos, suivant qu'il présente un réflexe nauséeux ou un mouvement de déglutition qu'il importe de ne pas exagérer en le contrariant. En un mot, il habitue rapidement le malade par son doigté.

Je dus faire revenir mon malade trois fois et encore je n'arrivai pas à voir la région commissurale antérieure. Pendant ce temps, je faisais faire, par Collin, l'instrument dont je vais

(1) Communication à la Société parisienne de laryngologie. 1^{er} juillet 1904.

vous parler, instrument qui me permit immédiatement de découvrir toute la région laryngée et de constater, outre un aspect déchiqueté et ulcéré de la moitié antérieure de la corde vocale droite, une saillie lisse, assez volumineuse, au-dessous de la commissure antérieure.

Sur ces entrefaites je reçus la visite d'un autre malade qui, sans ressembler complètement au précédent, présentait une rétroversion épiglottique assez prononcée pour cacher le tiers antérieur des cordes vocales. Je ne pus que constater un rapprochement défectueux des cordes. A l'aide de mon releveur, j'aperçus, presque à la commissure, et surtout j'enlevai très facilement un petit polype rougeâtre du bord libre.

II

Ce releveur de l'épiglotte a son principal intérêt dans ce fait qu'il peut s'adapter au miroir laryngé. Il donne une main de plus au spécialiste (*fig. 1*).

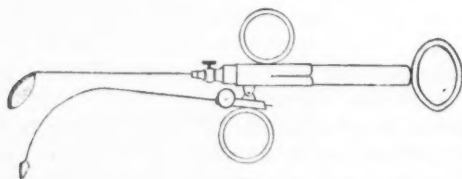


Fig. 1

Simple cylindre glissant à frottement doux sur le manche du miroir et présentant une fente qui permet de régler ce frottement, il supporte deux anneaux.

L'un, supérieur et fixe, qui sert à la traction d'avant en arrière ;

L'autre, inférieur et mobile, qui sert à l'abaissement du stylet releveur.

Pour bien isoler ces deux mouvements et les exécuter chacun au moment voulu, je mets l'index dans l'anneau supé-

rieur de traction et le médius dans l'anneau inférieur, tandis que l'annulaire et l'auriculaire, passant derrière le médius, viennent s'appuyer sous le stylet sur la partie antérieure de cet anneau. C'est cette position des doigts que j'ai essayé de représenter dans le schéma ci-joint (*fig. 2*).

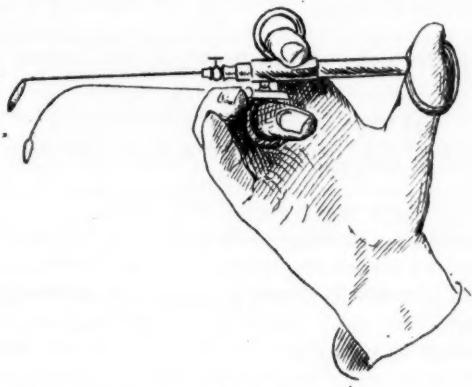


Fig. 2

Quant à la longueur du stylet, elle varie évidemment suivant la profondeur du larynx et le degré de rétroversion de l'épiglotte. En général la pointe du stylet doit être sur le plan extrême du miroir ou le dépasser légèrement. Rien de plus facile d'ailleurs que de régler cette longueur du stylet épiglottique.

III

Pour conclure, je préciserai en quelques mots l'emploi et les avantages de ce releveur.

1° *C'est d'abord un adjuvant d'examen.*

Dans certain cas où la rétroversion épiglottique est complète, il rend possible l'examen immédiat du larynx. Au lieu

d'avoir à habituer son client dans des séances successives, le spécialiste peut ainsi donner de suite au confrère un diagnostic précis et entreprendre le traitement local s'il y a lieu.

Dans d'autres cas, il *permet de compléter l'examen* du larynx, dont la région commissurale antérieure se dérobe encore assez souvent au miroir.

Alors même que les lésions postérieures semblent suffire et sont souvent seules à expliquer les troubles laryngés, il y a une certaine satisfaction à constater *de visu* l'intégrité de la région laryngée épiglottique et par contre une importance grande à y déceler des lésions isolées ou connexes à celles observées en arrière.

2° *C'est ensuite un adjuvant d'intervention.*

Si le praticien, tandis que le malade tient sa langue, a les deux mains prises, l'une tenant le miroir, l'autre un stylet releveur de l'épiglotte, comment pourra-t-il curetter, pincer, cautériser ?

On pourrait à la rigueur se servir de l'instrument opérateur pour relever en même temps l'épiglotte. Le fait est possible dans certaines circonstances, encore qu'on n'ait pas la même sûreté de main. Dans la plupart des cas, la courbure de l'instrument ne s'adaptera pas au double but qu'on voudra lui donner pour agir, à la fois, sur l'épiglotte avec force, et sur un point précis du larynx avec délicatesse.

L'instrument que je vous présente dégage au contraire toute la région laryngée et laisse une main entièrement libre pour opérer à l'aise.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE (1)

Réunion annuelle, Séances des 11 et 12 juin 1904.

CHEVAL, président

I. PIÈCES ANATOMIQUES. — TRÉTROP. — Absès latent du cervelet. — Homme atteint d'otite purulente chronique. Attico-antrotomie et évidemment mastoïdien. La paralysie faciale, datant de quelques jours, disparaît pour reparaitre le lendemain et s'amender après un nouveau pansement. A l'autopsie : deux abcès, l'un du volume d'un œuf de pigeon, l'autre du volume d'une cerise ; le rocher était indemne. La paralysie provenait de la compression cérébelleuse.

DELSAUX. — Absès cérébral récidivant. — Otorrhée datant de l'enfance, traitée par l'antrotomie et la trépanation pour abcès extra-dural, l'évidement pétro-mastoïdien et l'ablation de cholestéatomes. Mort quelques jours après la dernière intervention. Autopsie : abcès de la face inférieure du cerveau en arrière d'une cicatrice, trace d'un ancien abcès, en communication avec le ventricule droit ; pachyméningite fongueuse et méningite basilaire.

Thrombo-phlébite du sinus caverneux. — Otorrhée chronique compliquée chez une enfant, et traitée par la sinusectomie latérale et la ligature de la jugulaire. Thrombose propagée au sinus pétreux inférieur. Intervention sur le sinus longitudinal supérieur et le golfe jugulaire. Consécutivement, infection des sinus caverneux et coronaire. L'opération tentée sur le sinus caverneux a réussi une fois sur deux.

Absès latent du cervelet. — Consécutif à l'otorrhée, celui-ci occupait (autopsie) la presque totalité du lobe gauche.

(1) Compte rendu par le prof. O. Laurent, de Bruxelles.

DELIE. — **Kyste dentaire du sinus maxillaire.** — Fille de 13 ans, avec obstruction de la narine du côté malade. Opacité à la diaphanoscopie. Trépanation de la paroi antérieure du sinus et énucléation d'une masse renfermant une canine.

II. PRÉPARATIONS. — ONODI (Budapest). — Photographies et préparation d'anatomie du nez et d'opérations endo-nasales.

SCHIFFERS. — **Myxome du larynx.** — Cette variété est rare. Elle a été classifiée *œdème localisé à tendance hypertrophique*. Le myxome vrai du nez est moins récidivant que celui-ci. Femme de 34 ans présentant une dysphonie passagère; toux légère sans dyspnée; tumeur du volume d'un pois sur la corde vocale. Le myxome est une sorte de fibrome œdémateux; dans l'autre variété ce sont les cellules qui prédominent.

Sarcome de l'amygdale à cellules rondes, chez un homme de 65 ans, avec survie de huit à neuf ans. — Le diagnostic avait été précisé dans les six premiers mois.

Épithéliome sous glottique. — Homme de 57 ans; tumeur datant d'un an, sans symptôme particulier, du volume d'un haricot. Ce cas est favorable à la thyrotomie; la guérison peut se maintenir un grand nombre d'années.

DELSAUX. — **Cancer du larynx traité par la radiumthérapie.** — Les couches superficielles sont atrophiées et cornées; il y a analogie dans le processus de régression avec celui des rayons X.

III. INSTRUMENTS. — BRUECKERT. — **Seringue pour injections de paraffine à froid.** — La paraffine est ramollie par compression; les seringues *ad hoc* doivent être maniées des deux mains; celle de B. fonctionnera à une main.

LABARRE. — **Seringue automatique pour injections de paraffine.** — La paraffine est injectée à chaud.

DELSAUX. — **Végétations adénoïdes et contre-respirateurs.** — La récurrence est fréquente. Il faut forcer l'enfant à respirer par le nez, lui faire faire des exercices respiratoires, et continuer pendant longtemps la désinfection. Le contre-respirateur est une plaque moulée en vulcanite appliquée sur les dents.

LENOIR. — Pince pour l'ouverture du sinus maxillaire. — Articulée en forceps, elle fracture et enlève la paroi osseuse nasale.

LABARRE. — Distributeurs de compresses aseptiques. — Boîte métallique dont le fond est muni de ressorts.

CHEVAL. — Ampoule-seringue pour injections de vaseline aseptisée *per tubam* (Robert).

IV. PRÉSENTATION DE MALADES. — BAYER. — Kyste dentaire du maxillaire supérieur, d'origine folliculaire, chez une jeune femme ; il contenait deux canines, la dent de lait et la dent définitive, et fut opéré d'après le procédé von Bruns.

Kyste maxillaire d'origine périostée, provenant de l'incisive latérale supérieure gauche, chez un jeune homme. — Variété plus fréquente.

Aménorrhée chez une fille de 16 ans. — Apparition presque immédiate des règles après ablation des têtes et des queues des cornets inférieurs.

HENNEBERT. — Kyste para-dentaire consécutif à une fracture.

BECO. — Fibro-sarcome du naso-pharynx chez un jeune homme, avec prolongement nasal, traité sans succès par le morcellement, les cautérisations, l'électrolyse.

DELSAUX. — Eversion du prolapsus du ventricule de Morgagni. — Présentation du sujet opéré et guéri. Le prolapsus serait la hernie de la muqueuse à travers la fente ventriculaire, et l'éversion la hernie par la paroi latérale du larynx.

LABARRE. — Tumeur intrinsèque du larynx traitée par les badiageonnages à l'adrénaline, préconisés par Mahu. — Diagnostic clinique : épithélioma, mais l'examen microscopique n'a pas été pratiqué. Guérison rapide. M. Mahu fait observer que sa méthode est surtout palliative.

CAPART, fils. — Traumatisme de la trachée. — H. de plus de 60 ans, ayant tenté de se suicider. Emphysème consécutif. Trachéotomie ; l'incision doit être prolongée jusqu'au sternum par

suite de l'écartement du bout trachéal. Consécutivement, laryngofissure pour l'excision d'une cicatrice en diaphragme, guérison. Dans ce cas, les fonctions des récurrents avaient été annihilées.

CHEVAL. — **Laryngectomie totale pour cancer.** — Présentation de malades. Même les cas limités commandent cette opération, supérieure à toute autre, dans le cancer.

GORIS. — Les trachéotomisés vivent aussi longtemps que les laryngectomisés. La question devrait donc être étudiée comparativement. La trachéotomie donne en moyenne une survie de dix-huit mois, sans présenter, comme la laryngectomie, les dangers de la bronchopneumonie. Bayer a vu une survie de huit ans après la trachéotomie.

CAPART, fils. — **Diverticule de l'œsophage.** — Le sujet présentait de la dysphagie depuis plusieurs années. Le corps thyroïde récliné, le sac non adhérent, a été aisément libéré, comme un sac herniaire; suture au catgut à deux étages. Cette affection n'est pas très rare, M. Capart a connaissance de plusieurs cas. On n'est pas d'accord sur la pathogénie. La lésion est d'un pronostic très grave, mais l'opération est simple.

DELSAUX. — **Otoplastie par résection de la paroi membraneuse postérieure du conduit, et suture immédiate rétro-auriculaire après la cure radicale de l'otorrée chronique.**

GORIS. — **La thyrotomie pour tuberculose.** — Présentation d'un malade guéri, l'opération remontant à quelques années, pour tuberculose débutante. Dans les 4 autres cas, plus avancés, mort par tuberculose galopante. Il ne faut opérer qu'au début.

Goître géant opéré en deux séances. — Goître plongeant; tour du cou 54 centimètres. L'opération ne put être achevée en une séance. A la seconde, ligature préalable des vaisseaux et terminaison rapide de l'opération. Le lendemain, réaction thyroïdienne à 40°, P. à 90, état général bon. Guérison.

HENNEBERT. — **Labyrinthite traitée par la ponction lombaire, à six reprises, sans résultat.**

DE GREIFT. — **Abcès du cerveau.** — Guérison.

CHEVAL. — **Complications endo-crâniennes de l'otite.** — Deux cas présentés.

LABARRE. — **Un cas d'hémi-atrophie faciale traité par la prothèse paraffinique.** — Arrêt de croissance facial gauche, remontant à sept ans ; injection en deux séances de 20 centimètres cubes de paraffine par la peau et par le sillon gingivo-buccal.

LENOIR. — **Un cas de poly-exostoses symétriques de la face.** — H. de 33 ans, sans antécédents, avec exostoses du volume d'une amande et d'un œuf sur les maxillaires.

V. COMMUNICATIONS. — TRÉTROP. — **Résultats du traitement de la surdité par la méthode de Babinski.** — Ponction en décubitus latéral, après anesthésie locale, et extraction de 6, 10, 15, 17 centimètres cubes. Les vertiges et les bourdonnements disparaissent dans la plupart des cas. Trois cas de surdité en ont considérablement bénéficié. 1. F. de 16 ans, complètement sourde depuis trois ans, avec vertige, céphalalgie et vomissements. En avril, ponction de 7 centimètres cubes ; quelques jours après, audition de la voix haute ; la deuxième ponction fait monter l'audition de la montre à 40 centimètres. 2. F. 27 ans, sourde depuis 15 ans, avec vertiges et bourdonnements ; notablement améliorée après ponction de 16 centimètres cubes. 3. Femme de 20 ans ; surdité totale droite depuis un an ; ponction de 13 centimètres cubes, avec symptômes consécutifs de méningisme. Entend mieux à gauche, entend la voix haute à droite. 4. H. de 50 ans, avec vertiges et bourdonnements le rendant impotent ; ponction de 8 centimètres cubes : disparition des vertiges et des bourdonnements, mais la surdité est à peine améliorée. Dans la labyrinthite, la ponction peut déterminer la guérison ; les vertiges sont favorablement influencés en général et les bourdonnements deviennent moins fréquents. Ces ponctions datent d'avril et ses résultats se sont maintenus.

NATIER. — **Rééducation de l'oreille par les diapasons.** — H. de 39 ans, avec antécédents chargés, eczémateux ; surdité progressive, paracousie ; absence d'affection aiguë des oreilles. Inefficacité des bougies et de l'insufflation d'air. Soumis au diapason, il s'est amélioré notablement en trois mois. Il s'agissait d'une forme progressive et insidieuse.

TRÉTOP. — **Paralysie concomitante du facial et de l'auditif.** — F. de 19 ans, sourde à droite ; polynévrite de la moitié droite du corps, étendue au facial et à l'acoustique et causée par le froid. Ni antécédent, ni hystérie. Surdité lente, progressive, avec vertiges de Ménière et vomissements. Ponction lombaire avec réaction suivie d'amélioration considérable de l'audition à gauche, moindre à droite. Les autres traitements avaient échoué.

DE GREIFF. — **Trois cas d'abcès du cerveau d'origine otique.** — Présentation d'un cas. 1. Enfant otorrh ique depuis quatre ans ; trépanation, drainage de l'abcès ; guérison. 2. H. avec otite purulente chronique de plusieurs années. Attico-antrotomie (cholestéatome). Par suite d'une paralysie faciale, trépanation temporale et ponction de 20 centimètres cubes. Mort de méningite. 3. Enfant avec cholestéatome suppuré. Evidement et ponctions (blanches) du cerveau. Nouvelle séance : large trépanation temporale et écoulement de pus. Hernie cérébrale consécutive du volume d'une petite orange. Guérison.

LOMBARD. — **Thrombo-phlébite du sinus caverneux d'origine otique due à la présence d'une vaste cellule aberrante sur la face postérieure du rocher.** — La paracentèse et l'antrotomie avaient été pratiqu es. Mort de méningite.

Il s'agit d'un malade atteint d'otite moyenne aiguë suppurée avec *neuralgie faciale* — puis *paralysie du moteur oculaire externe*. — Après l'antrotomie qui montre peu de lésions dans l'antre et l'apophyse, la température et les signes généraux ne se modifient pas. Une deuxième intervention pratiquée dans le but de découvrir une complication intracrânienne ne donne aucun résultat. Mort avec les symptômes d'une leptoméningite foudroyante. A l'autopsie on découvre une thrombo-phlébite du sinus caverneux. L'infection du sinus s'était produite par l'intermédiaire d'une vaste cellule aberrante pleine de pus s'étalant à la face postérieure de la pyramide et réunissant l'aditus à la pointe du rocher, près de l'embouchure du canal carotidien. Le malade n'avait pas présenté de signes d'infection sanguine.

VAN GEHUCTEN. — **Sur les voies acoustiques.** — Conférence avec projection, sur la direction des fibres centrales et leur dégénérescence après section chez l'animal, au bulbe, à la protubérance, aux tubercules quadrijumeaux et dans la moelle.

V. G. montre aussi qu'après section du nerf auditif chez le lapin, celui-ci tourne autour de son axe longitudinal et qu'il garde la tête inclinée du côté de la lésion. Il n'a pas étudié les relations avec le vague ; en ce qui concerne le facial, le cochléaire envoie des anastomoses à celui-ci. Le nerf cochléaire se rend à l'organe de Corti et sa lésion cause la surdité, tandis que celle du vestibulaire trouble l'équilibre.

BROECKAERT. — **La rhinite végétante.** — Elle affecte la forme clinique du lupus, de la tuberculose. Ses granulations, non pédiculées, localisées en arrière sur la cloison, et les cornets inférieur et moyen, montrent des îlots épithéliaux, des lymphocytes et de nombreux vaisseaux, pas de cellules géantes ou de bacilles de Koch ; absence d'ulcération et d'hémorrhagie. Elles se recouvrent d'un épithélium qui se kératinise aisément. Les animaux sont réfractaires à l'inoculation. Il s'agit d'une *hyperplasie connective microbienne* avec, entre autres, des staphylocoques. Traitement : curetage et cautérisation. Relation de deux cas.

CASTEX a vu des lésions analogues, queues muriformes du cornet inférieur, simplement inflammatoires.

NOQUET. — **Un cas de tumeur de la sous-cloison.** — H. atteint d'une tumeur obstruant une narine ; syphilis depuis quatre ans, traitée. Il y avait une lésion ecthymateuse et crouteuse, à laquelle succéda une tumeur, du volume d'une petite cerise, très vasculaire, implantée sur la cloison. Ablation au couteau galvanique. C'est une tumeur analogue aux polypes saignants de la cloison, très vasculaire et à développement rapide.

BECCO. — **Kyste salivaire congénital.** — B. vit, en mars, un enfant de 4 semaines présentant une tumeur du volume d'une grosse noix au fond de la gorge. Il existait un peu de cornage à la naissance. Depuis quinze jours, gêne de la respiration s'accroissant et cornage ; déglutition facile. Il s'agissait d'un kyste de la base de la langue. L'enfant se mourait, inerte, blême, non cyanosé. Un coup de ciseaux inonde la gorge d'un liquide jaunâtre, un peu poisseux. L'enfant revient à lui. Trois semaines plus tard, état général excellent, sans gêne respiratoire. Mais au pôle inférieur de ses amygdales on trouve encore une petite tumeur du volume d'une fève, non kystique. La récurrence est possible. Diagnostic :

kyste muqueux développé aux dépens d'une glande accessoire du sillon glosso-amygdalien.

HENNEBERT. — **Remarques sur la diaphanoscopie.** — L'examen doit se faire en chambre très obscure, avec une lampe de 8 volts, d'intensité variable. Avant d'allumer, attendre une minute pour habituer l'œil ; séparer chaque examen d'un intervalle de une minute. N'accorder de valeur qu'au croissant des deux tiers internes du rebord orbitaire inférieur. Le croissant peut apparaître par pression digitale du rebord orbitaire. De même, pour le sinus frontal. Employer un tube à parois épaisses. S'assurer si le sujet porte une pièce dentaire.

DE STELLA. — **Rôle des toxines et anti-toxines diphtéritiques dans l'organisme.** — Ayant inoculé un gros lapin avec du sérum, il en infusa le sang de celui-ci à un lapin plus petit, qui fut ensuite inoculé d'une dose toxique. Mort : le sérum n'avait pas conservé son pouvoir antitoxique. Les toxines ne séjournent pas dans le sang, elles passent dans les tissus cinq minutes après, pour se combiner avec les molécules nerveuses et déterminer les paralysies tardives rebelles. Aussi le sérum n'a-t-il plus de prise sur elles, lorsque la combinaison est réalisée et surtout lorsque la quantité injectée n'est pas en rapport avec l'intensité d'intoxication. Cette communication est préliminaire.

LUC. — **Infection après trépanation du sinus frontal.** — L. a vu deux malades succomber par méningite à la trépanation par l'ancienne méthode. Mais celle de Killian, avec destruction des cellules ethmoïdales antérieures, réalise un drainage parfait et donne une guérison rapide, sans qu'il survienne d'accident. L. a appliqué la méthode dans 12 cas. Un foyer ethmoïdal antérieur coexiste avec le foyer frontal et commande la destruction ; c'est au traitement insuffisant de celui-ci que doivent être attribuées les méningites et les réinfections.

Castex relate le cas d'une femme d'environ 70 ans, très affaiblie par une sinusite fronto-maxillaire bilatérale. Il fit l'opération d'un côté seulement (sur les deux sinus) ; mort vingt jours après de méningite ayant débuté par la région temporale. L'opération avait été incomplète et avait exalté la virulence microbienne.

TRÉTROP. — **Traitement du lupus nasal.** — Il faut enlever les masses lupiques et stériliser la région : curettage et badigeon-

nages de formaline pure, d'une pénétration intense après anesthésie locale. Les badigeonnages sont répétés trois fois au début. Hémostase à l'eau oxygénée. Dans la suite, formaline et orthoforme. Répéter le curetage cinq ou six jours après. Pour l'oreille, le traitement à la résorcine phéniquée est un peu plus long. Parfois formaline à 40 %, 1 centimètre cube ; acide lactique, glycérine neutre et eau distillée à 5 centimètres cubes. Guérison de quelques semaines à trois mois. T. n'a pas de cas traité depuis plus d'un an.

CASTEX. — **Expertise médico légale pour le larynx.** — Les accidents de l'oreille sont fréquents ; ceux du nez se voient parfois, ceux du larynx sont plus rares ; ils portent sur la voix. Un professeur de chant, renversé par un cheval, est contusionné à la jambe et aux lombes. Il remarque qu'il ne peut plus respirer à fond et que la voix est enrouée. La région thoracique était enraidie et les cordes vocales étaient très rouges. Le surmenage paraissait être la cause de cette complication. Dans les mêmes conditions, un soprano présentait des troubles nerveux variés avec hémianesthésie droite complète ; il avait perdu en partie la justesse de l'ouïe ; le larynx ne présentait pas de lésion, mais la voix était altérée, sans sonorité, mal posée. Il s'agissait d'*hystéro-neurasthénie traumatique curable*. C. a souvent remarqué que chez le neurasthénique, la voix baisse malgré les efforts et qu'il ne sent plus la tension intra-thoracique. Un crieur aux halles n'avait qu'un enrouement de la voix, tandis que les patrons prétendaient ne plus l'entendre : les *deux cordes vocales montraient d'anciens nodules*. C. a revu le premier malade deux ans après ; la voix était restée insuffisante ; en se remettant à chanter, il éprouve une grande fatigue locale et générale. L'indemnité a été de 10.000 francs. On sait que parfois des élèves intentent une action au professeur pour la perte de la voix. Donc le larynx a ses cas d'expertise. La voix est compromise, tantôt après une lésion du *larynx*, des *poumons*, des *appareils résonnateurs*, la *neurasthénie traumatique*, l'*usure professionnelle*, le *malmenage vocal*. L'infirmité est partielle et souvent définitive. Si elle est transitoire, elle ne se prolonge pas longtemps après le règlement de l'accident.

En réponse à De Stella, au sujet de la névrose traumatique de l'oreille, C. dit qu'il s'agit souvent de commotion labyrinthique.

BROECKAERT. — **Résection du récurrent et du sympathique chez**

le singe et le lapin. — Projections de préparations trichromiques. La section du récurrent produit la paralysie du seul thyro-aryténoïdien externe, les interne et postérieur restant intacts.

TRÉTOP. — **Polype vocal.** — Aphonie datant de huit mois, par polype polikystique de la corde vocale gauche. Ablation. Guérison.

SCHIFFERS. — **Phlegmon rétro-pharyngien et diphtérie.** — On a étudié les ganglions recevant les vaisseaux du cavum et du nez (ceux-ci incertains). Souvent les microbes inoffensifs des fosses nasales deviennent pathogènes dans certaines conditions.

Enfant de quatre ans, présente une diphtérie à bacilles courts ; guérison apparente après injection de sérum. Quinze jours après, cornage, adéno-phlegmon de la partie inférieure du pharynx à droite : incision et disparition des symptômes.

NOUVELLES

VII^e CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

Le lundi 1^{er} août, le VII^e Congrès international d'otologie a tenu sa première séance à Bordeaux, sous la présidence du D^r MOURE. Plus de deux cent trente membres avaient répondu à l'appel du Comité. Neuf rapports et cent seize communications ont été annoncés. Parmi les membres étrangers, représentants officiels, qui ont pris part aux travaux du Congrès, citons : le Prof POLITZER, de Vienne, qui a traité « de la nécessité de l'enseignement otologique dans les Facultés ; BRIEGER, KNAPP, PRITCHARD, CAPART, BROCKAERT, DELBAUX, CISNEROS, GHADENIGO, VON STEIN, NEUMANN, GUIX, BOBONE BARKAH, FORNS DELIE, SCHIFFERS, EMMANN, SCENES, GORDON, COLLIERS, CRESWELL BABER, DUNDAS GRANT, etc., etc.

Le Comité international a décidé, par dix huit voix contre onze, que le prochain Congrès aurait lieu, en 1908, à Budapest, sous la présidence du Prof BÖKE.

A l'occasion de l'ouverture du VII^e Congrès international d'otologie, le D^r MOURE, président, vient d'être nommé Chevalier de la Légion d'honneur. Nulle distinction plus flatteuse ne pouvait venir mieux à son heure, honorer vingt années d'un labeur ininterrompu. Nous sommes heureux d'adresser à notre éminent confrère, nos félicitations les plus chaleureuses. On sait dans quelle large mesure les travaux et l'enseignement du D^r Moure ont contribué à la diffusion des connaissances otologiques en France.

Hôpitaux de Paris.

Dans sa dernière session, le Conseil municipal de Paris a voté un crédit de 35 000 francs destiné à l'aménagement d'un service oto-laryngologique à l'hôpital Necker.

Le Dr Marcel LERMOYEZ, médecin des hôpitaux de Paris, chef du service oto-laryngologique de l'hôpital Saint Antoine, commencera, le mercredi 9 novembre 1904, avec le concours de ses assistants, Léon BELLIN et Paul LAURENS, un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologiques.

Le cours sera complet en trente leçons.

Les élèves seront exercés individuellement au maniement des instruments.

Le nombre de places étant limité, prière de s'inscrire d'avance auprès du Dr BELLIN, assistant du service, à l'hôpital Saint-Antoine, rue du Faubourg Saint-Antoine, 184 (XII^e arrondissement), Paris.

Université de Bordeaux, clinique des maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Le Conseil de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, par application de l'arrêté ministériel du 16 février 1903, a décidé que les docteurs en médecine français ou étrangers, désireux de suivre les cours organisés dans ses services spéciaux, seraient tenus de payer un droit de 50 francs par trimestre. Le cours de laryngologie, otologie et rhinologie, placé sous la direction du Dr MOURE, a lieu les mardis, mercredis, vendredis et samedis matin, de neuf heures à onze heures, annexe Saint Raphaël, près de l'hôpital Saint-André. Les opérations chirurgicales réclamant l'anesthésie chloroformique, sont pratiquées à l'hôpital du Tondu, de huit heures et demie à onze heures et demie. On s'inscrit au secrétariat de la Faculté de médecine, place d'Aquitaine, à Bordeaux.

Le Dr ADELSON CANÉPÈLE est nommé docent d'oto-rhino-laryngologie à l'Université de Rome.

Le Dr GUARNACCIA, de Catane, est nommé docent d'oto-laryngologie à l'Université de Rome.

Les végétations adénoïdes devant le Parlement hollandais.

On sait la campagne que mène le Prof. GUYE, d'Amsterdam, pour la recherche systématique des végétations adénoïdes chez les enfants des écoles, de façon à diminuer dans l'avenir le nombre des sourds. Cette question d'hygiène scolaire est des plus féconde en résultats heureux : le maître d'école ouvrira les yeux des parents sur l'utilité et les avantages de l'adénotomie, puisque les médecins restent encore, pour la plupart, indifférents à cette partie de la pathologie.

Récemment, un intéressant débat a eu lieu sur ce sujet, devant le Parlement hollandais. VAN KOR a prié le gouvernement de hâter l'enquête faite à ce sujet par les instituteurs hollandais ; il a montré de nouveau, la nécessité de prendre à ce sujet des mesures rigoureuses dans l'intérêt même du développement physique et intellectuel des enfants.

Le Ministre de l'Intérieur a répondu que cette enquête est en train de se faire par l'intermédiaire du personnel enseignant. Les résultats de ces investigations dicteront les mesures à prendre.

D'ailleurs, cette question a été également soumise, sur l'insistance très louable du Prof. Guye, au Congrès international d'otologie de Bordeaux.

Voyage d'études à Londres.

Plusieurs médecins français, appartenant à toutes les branches de l'art médical, ont décidé d'organiser, pour le mois d'octobre prochain, une « visite aux hôpitaux et laboratoires de Londres ».

Un Comité anglais, répondant à l'appel du Comité français, s'est immédiatement constitué sous la présidence de sir Will. Broadbent pour préparer aux excursionnistes une brillante réception. Le Dr TRIBOULET, 5, cité d'Antin, à Paris, est chargé de recueillir les adhésions des confrères qui désirent prendre part à ce voyage d'études.

VIN de CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE de POTASSIUM GRANULÉ de FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE de VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

Benzocalyptol (Inhalations et Gargarismes). Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches (Voir aux Annonces).

CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'Anesthésie, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

CÉRÉBRINE

(Coca-Théine analgésique Panadol)

Medicament spécifique des MIGRAINES

et des NÉURALGIES REBELLES

E. FOURNIER, 21, Rue de St-Petersbourg, PARIS et toutes Pharmacies.

Le Gérant : MASSON et C^{ie}.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100